

Trabajo Fin de Grado

Título del trabajo: *“Consumo y prevención en el ámbito escolar.”*

Autor/es

Alejandro Otañ Viñuales

Director/es

Rafael Díaz Fernández

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2015

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	6
1. Del consumo a la prevención de sustancias en el ámbito escolar.....	7
2. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas.....	9
3. Factores de riesgo y protección.....	19
4. Plan Nacional de 1985.....	25
5. Estrategia Nacional 2000-2008.....	28
6. Estrategia Nacional 2009-2016.....	33
7. Plan de Acción Sobre Drogas 2013-2016.....	37
8. Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas.....	39
9. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012.....	41
10. II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón 2010-2016.....	49
11. Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017. Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. Ayuntamiento de Huesca.	54
12. La tarea docente y el currículo en la prevención del consumo de drogas.....	58
13. Conclusiones.....	65
Referencias bibliográficas.....	67

“Consumo y prevención en el ámbito escolar”.

- Elaborado por Alejandro Otañal Viñuales.
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Depositado para su defensa el 15 de junio de 2015.

Resumen

La prevención en el ámbito escolar es fundamental para abordar la problemática del consumo de drogas, dado que constituye uno de los principales espacios de socialización en el que se producen los mayores cambios madurativos y evolutivos de las personas, estableciéndose como un contexto de riesgo para el consumo de sustancias. El docente debe ser el instrumento fundamental a través del cual los alumnos adquieran estrategias y habilidades para afrontar eficazmente las situaciones de consumo de sustancias. Por ello analizaremos cómo llevar a cabo esta labor en el aula en la etapa de Educación Primaria, concretamente en la comunidad autónoma de Aragón y en la ciudad de Huesca. Así mismo se analizarán los componentes (teorías, modelos, factores de riesgo y protección) en los que se fundamentan los programas de prevención y se realizará un recorrido histórico de la prevención a nivel nacional, para comprender y conocer la finalidad de la misma, así como su evolución hasta la actualidad.

Palabras clave

Consumo, prevención, drogodependencias, escuela, alumnos, Educación Para la Salud.

INTRODUCCIÓN.

El presente documento tiene como objeto fundamental analizar la prevención en drogodependencias en diferentes ámbitos, prestando especial atención al entorno escolar.

En primer lugar se definen de forma breve una serie de conceptos clave (droga, potencial adictivo, tolerancia, programa de prevención, etc.) que es necesario conocer cuando se estudia el ámbito de las drogodependencias.

Posteriormente examinaremos los componentes en los que se fundamentan los programas de prevención: teorías y modelos explicativos del consumo de drogas, y factores de riesgo y protección. El estudio de estos elementos nos ayudará a comprender la finalidad de estos programas, las bases teóricas en las que se apoyan y los principios que se tienen en cuenta para su elaboración.

Dado que el fin fundamental es analizar la prevención en el ámbito educativo, se realiza un recorrido histórico de la prevención a nivel nacional (*Plan Nacional de 1985, Estrategia Nacional 2000-2008, Estrategia Nacional 2009-2016, Plan de Acción Sobre Drogas 2013-2016*), finalizando a nivel autonómico en la comunidad autónoma de Aragón, (*II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas Aragón 2010-2016*) y a nivel municipal en la ciudad de Huesca (*Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017. Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. Ayuntamiento de Huesca.*), dado que es la comunidad autónoma con la edad media de inicio más baja en consumo de alcohol y tabaco.

En estas estrategias y planes examinaremos el contexto de la época para comprender el sentido de las medidas que se proponen en cada uno de ellos, y estudiaremos la prevención en los diferentes ámbitos que se recogen en cada uno de ellos, haciendo hincapié en el ámbito escolar.

Se examinará también la encuesta “*ESTUDES*” ya que aporta una serie de datos (sustancias más consumidas, edad de inicio de consumo, lugares más frecuentes de consumo, policonsumo, etc.) que nos ayudarán a comprender las medidas de prevención.

Dado que estimo como fundamental conocer además del pasado y presente de la prevención en nuestro país, las expectativas de futuro sobre la misma, se analizará el *“Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas”*.

Por último para culminar el estudio de la prevención en el marco educativo, se detallará cómo se integra en el currículo escolar, así como la metodología y estrategias a seguir por parte del profesorado para llevarla a cabo en el aula.

JUSTIFICACIÓN.

El consumo de drogas en nuestro país está muy extendido, convirtiéndose en uno de los países de la Unión Europea con mayor consumo de sustancias. La edad media de inicio de consumo de drogas entre los jóvenes de nuestro país es muy baja, situándose por debajo de los 14 años en lo que respecta al alcohol y tabaco (drogas legales), siendo también muy baja la edad media de inicio de consumo de drogas ilegales como el cánnabis (14,9 años).

Sin duda estamos ante un gran problema social sobre el que tenemos que actuar, no debemos mirar hacia otro lado y justificar el consumo de sustancias como conductas de ocio, sino que tenemos que intervenir y concienciar a la población de los graves efectos del consumo de drogas tanto a corto como a largo plazo.

Por este motivo consideramos de gran importancia analizar la prevención en drogodependencias, prestando especial atención al ámbito escolar, dado que junto al contexto familiar, se establece como el espacio fundamental de socialización y desarrollo madurativo y evolutivo de las personas.

Por ello como futuros docentes es fundamental conocer cómo se lleva a cabo la prevención en el aula, ya que nuestra labor en este aspecto es dotar a nuestros alumnos de una serie de estrategias, aptitudes, capacidades y habilidades para la vida que les permitan desenvolverse de manera satisfactoria en las situaciones de consumo de drogas.

1. DEL CONSUMO A LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR.

A lo largo de la historia de la humanidad se han utilizado diversas sustancias para la recreación y el ocio, capaces de alterar procesos cognitivos como la atención, memoria, percepción, lenguaje, etc. En la antigüedad las sustancias consumidas eran únicamente de origen vegetal, mientras que en la actualidad existe una gran variedad de drogas sintéticas de gran potencial adictivo y efectos muy nocivos para la salud. (Infante, C., Barrio, G. y Martín, E., 2003).

Pero, ¿qué es una droga? Según el CIE-10 (OMS, 1992), una droga es “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”. Según la legislación de cada país podemos distinguir entre drogas legales e ilegales. Las drogas legales son aquellas que se pueden consumir en un país, es decir, las que tienen un reconocimiento legal, mientras que las drogas ilegales son aquellas que no se pueden consumir en un país determinado, su consumo está sancionado por la ley.

Sabemos que las drogas provocan adicción en aquellas personas que las consumen, generando en ellos una serie de manifestaciones físicas y psíquicas tanto durante su consumo como en el periodo de suspensión de la ingesta. En el ámbito de las drogodependencias es necesario conocer y diferenciar con claridad tres conceptos clave:

- *Potencial adictivo*: siguiendo el CIE-10 (OMS, 1992) se trata de la capacidad que tiene una droga de producir dependencia en aquellos que la usan. Según Gossop¹ (1989) los elementos que caracterizan una adicción son:
 - Fuerte deseo de realizar la conducta.
 - Capacidad deteriorada de controlarla.
 - Malestar físico y psíquico cuando la conducta no se hace o es impedida.

¹ Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Persistir en la conducta a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas que produce.
- *Tolerancia*: como afirma Becoña (2008) se refiere a la necesidad de aumentar la cantidad de consumo de una sustancia para alcanzar el efecto deseado o reducción de los efectos de la dosis habitual.
- *Síndrome de abstinencia*: siguiendo a Becoña (2008) podemos definirla como un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que se producen en las personas que son dependientes de una sustancia cuando éstos dejan de consumir de manera brusca o se influye en su acción a través de la introducción de un antagonista específico. Estos síntomas se inician a las pocas horas del último consumo y suelen durar unos cuantos días.

En los países desarrollados el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, provoca más muertes que cualquier enfermedad. Además el coste económico de los tratamientos es superior a los beneficios que obtienen los países de la venta de las drogas legales (alcohol y tabaco). Por tanto lo que debemos hacer es invertir en programas de prevención de consumo de sustancias, ya que no sólo se reducirá el número de consumidores, sino también el gasto económico que supone para los países tratar a las personas consumidoras. Podemos definir la prevención como un conjunto de acciones e intervenciones que tienen por objeto modificar los factores individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales para evitar fundamentalmente el inicio de su consumo. (Becoña, 2001).

Los programas de prevención se centran principalmente en la prevención de las drogas legales debido a que son las que más afectan a los adolescentes y a las que tienen mayor acceso. Lo que se pretende principalmente con estos programas es que las personas no prueben las drogas, retrasar la edad de inicio de consumo o evitar el uso, el abuso y la dependencia. Se entiende por uso “el consumo que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no es consciente de ello”. Mientras que el abuso es “el uso continuado a pesar de las condiciones negativas”. Por último la dependencia se refiere a “un uso excesivo generando consecuencias negativas significativas en un amplio período de tiempo o uso continuado intermitente o alto consumo los fines de semana”. (Becoña, E. et al., 2011).

Según la terminología clásica la prevención puede ser primaria, secundaria o terciaria. Hablamos de prevención primaria cuando se actúa antes de que el sujeto se inicie en el consumo. La prevención secundaria tiene por objeto tratar de identificar a las personas que mediante la prevención primaria no se ha podido evitar que se inicien en el consumo. Por último la prevención terciaria tiene por finalidad evitar complicaciones y recaídas. En la actualidad la prevención primaria equivaldría a prevención, prevención secundaria a tratamiento y prevención terciaria a rehabilitación.

Los programas de prevención deben estar basados en un modelo teórico eficaz, con el que se hayan obtenido buenos resultados, y además se debe tener en cuenta para su elaboración una serie de factores de riesgo y protección. (Becoña, 2001).

A continuación vamos a profundizar en ambos aspectos, de manera que podamos conocer de forma general algunas teorías que explican el consumo de drogas, las cuales nos ayudarán a entender la fundamentación teórica de los programas de prevención, así como conocer los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias.

2. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.

Según Becoña (2002) existen diversas teorías para explicar el consumo de drogas y la prevención de las mismas, las cuales clasifica en 3 grupos:

1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.
2. Teorías de estadios y evolutivas.
3. Teorías integrativas y comprensivas.

Las teorías parciales o basadas en pocos componentes explican el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Encontramos en este grupo:

- *Teorías y modelos biológicos*: afirman que la adicción se debe a un trastorno de origen biológico. Pero asociar el origen de la adicción a causas únicamente biológicas es reduccionista y parcial.

- *La hipótesis de la automedicación*: explica que el individuo continúa consumiendo una sustancia porque una vez que la ha probado y ha experimentado sus efectos

positivos, su organismo necesita autorregularse mediante el consumo de esa sustancia. (Casals et al., 1992).

- *El modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia*: el modelo de salud pública amplía el modelo que se utiliza en la salud pública para las enfermedades infecciosas a las drogodependencias. Con este modelo se pretende aumentar la resistencia individual a las drogas, proteger a los individuos de ellas y modificar las drogas para reducir el daño que causan a los consumidores. El modelo de creencias de salud, derivado del anterior, es una de las aproximaciones psicosociales para explicar la conducta relacionada con la salud. Según Becker y Maiman (1975)² los elementos fundamentales de este modelo son la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. Por último el modelo de competencia tiene como objetivos según Costa y López (1989), promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes.

- *Teorías del aprendizaje; Condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social*. Estas teorías explican cómo se aprende una conducta y cómo se pueden eliminar o debilitar las que posee un individuo a través de los principios del aprendizaje.

- *Teorías actitud-conducta; La teoría de la acción razonada* (Ajzen y Fishbein, 1980)³ y *teoría de la conducta planificada* (Ajzen, 1988)⁴. Estas teorías defienden que es posible predecir la conducta a partir de las actitudes y creencias del individuo o desde componentes anteriores o relacionados con la misma.

- *Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales; El modelo de la mejora de la estima* de Kaplan et al. (1986)⁵, *la teoría integrativa de la conducta desviada* de

² Becker, M.H. y Mainan, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

³ Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

⁴ Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

⁵ Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128. En Becoña, E.

Kaplan et al. (1996)⁶ y el *modelo basado en la afectividad* de Pandina et al (1992)⁷. La primera sostiene que los adolescentes sufren malestar psicológico y sentimientos de auto-rechazo cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y personas cuya opinión es importante para ellos requiriendo de respuestas correctivas y compensatorias.

La segunda sintetiza varias teorías como son por ejemplo la teoría del estrés y del control, y sostiene que la realización de un acto considerado como inadecuado respecto a una norma, es visto como adaptativo por esa persona debido a que su marco normativo y las expectativas del grupo lo consideran adaptativo. Las personas deben tener aceptación, valoración positiva y apoyo de las personas de su entorno, de lo contrario se implicarán en actividades no convencionales desviadas que le llevarán a experimentar nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos de auto-respeto.

La tercera sostiene que la afectividad es un elemento clave en la determinación y control de la conducta. Esta teoría explica el consumo de drogas por la relación que existe entre el afecto negativo, el arousal elevado y la vulnerabilidad del abuso de drogas. Concluye afirmando que aquellos que de manera prolongada no obtienen reforzamiento positivo y necesitan niveles altos de activación tendrán mayor probabilidad de consumir drogas.

- *Los modelos basados en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos*: sostienen que el consumo de sustancias se debe a las conductas inadaptadas de uno o varios miembros de la familia, produciendo disfunción en el sistema familiar.

(2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

⁶ Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262, 345-377. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

⁷ Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- *El modelo social de Peele* (1985)⁸: afirma que ni la sustancia ni la conducta producen la adicción, sino que es debida a cómo las personas interpretamos y respondemos ante la experiencia de consumo.

En el segundo grupo de teorías, encontramos las teorías de estadios y evolutivas, que explican el consumo de drogas basándose en el desarrollo evolutivo de las personas. Encontramos en este grupo las siguientes:

- *El modelo evolutivo de kandel* (1975)⁹: es uno de los más conocidos en el campo de las drogodependencias y afirma que el consumo de drogas sigue una serie de pasos secuenciales: se empieza a consumir drogas legales que facilitan el consumo de otras drogas como la marihuana, y posteriormente se pasa a consumir otras drogas ilegales. Kandel define a su vez cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino; 2) cigarrillos o licores; 3) marihuana; 4) otras drogas ilegales. Se puede concluir pues que el consumo de drogas legales favorece el consumo de drogas ilegales.

- *El modelo de las etapas motivacionales multicomponente de Werch y Diclemente* (1994)¹⁰: se basa en una serie de estadios que van desde el no uso de las drogas hasta el uso continuado de las mismas. Estos estadios son: 1) Precontemplación, no se piensa en consumir drogas; 2) contemplación, el sujeto piensa en iniciarse en el consumo de drogas; 3) preparación, el sujeto piensa utilizar las drogas en el futuro inmediato; 4) acción, se inicia el uso; 5) mantenimiento, se continúa usando la sustancia. Este modelo además desarrolla cinco estadios de cambio de hábito. Los estadios de adquisición de hábito se corresponden con la prevención primaria y los de cambio de hábito con la prevención secundaria, lo cual permite realizar las intervenciones preventivas de un modo más eficaz.

⁸Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

⁹Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁰ Werch, C.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- *El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998)*¹¹: sostiene que en los planes de acción concretos y actividades para frenar el consumo de drogas, la aproximación de factores de riesgo no ha tenido éxito y defienden que se debe promover el desarrollo positivo de los jóvenes mediante la reafirmación de los mismos y promoviendo su participación en la comunidad. Este modelo pretende obtener jóvenes completamente preparados y no jóvenes sin problemas como tienen por objetivo otros modelos o paradigmas. Según este modelo la familia tiene gran importancia ya que contribuye a la socialización de los valores que dominan la sociedad. La vinculación al orden social se adquiere a través del condicionamiento vicario y a través de nuestra forma de interpretar cómo nos ven y tratan otras personas.

- *El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)*¹²: se basa en la autorregulación, y tiene como elementos clave el control personal y la eficacia. Cuando fallan estos elementos, el individuo responderá a sus necesidades y presiones situacionales de forma inmediata. El individuo podrá padecer depresión si carece de metas personales o son poco importantes o difíciles de conseguir. Los estudios de este autor afirman que a medida que avanza el tiempo, se produce una disminución o reducción de consumo de sustancias, disminución en el consumo en los amigos y un aumento de parejas que se casan, lo que da lugar a una mayor convencionalidad tanto en varones como en mujeres. A su vez otro estudio demuestra que al aumentar la edad y por tanto la madurez, hay una disminución de consumo de sustancias.

- *La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)*¹³: sostiene que los adolescentes tienen dificultades para llevar a cabo los roles adultos en diferentes ámbitos de la vida. Además afirma que si en la adolescencia temprana se realizan actividades prematuras y se implican en responsabilidades adultas, se interfiere la adquisición de habilidades psicosociales que permitirán llevar a cabo estos roles con éxito en edad adulta. Según el autor la teoría no ha sido elaborada solamente para

¹¹ Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹² Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹³ Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504. En: Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

conocer las causas del uso de drogas, sino también para conocer las consecuencias que les pueden ocurrir a los jóvenes.

- *El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992)*¹⁴: se basa en los factores de riesgo que están asociados con las causas del abuso de drogas y en los principios básicos y psicopatología del desarrollo. Se diferencia de otras teorías o modelos etiológicos en su orientación psicopatológica del desarrollo y la incorporación en el mismo de los antecedentes de la primera infancia. Glantz afirma que muchos individuos que están expuestos a factores de riesgo nunca serán consumidores debido a que también están expuestos a factores de protección que anulan a los de riesgo.

- *El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996)*¹⁵: parte del concepto de enfermedad del alcoholismo y del modelo biopsicosocial. Este modelo está formado por tres factores que actúan de forma aislada en distintos intervalos de tiempo: la predisposición (genética, constitucional, psicológica y sociocultural), el uso de drogas (inicio y progresión) y el sistema permitido que da lugar a la enfermedad o dependencia de la sustancia.

- *La teoría de la socialización primaria de Oetting et al. (1998)*¹⁶: tiene como objetivo resolver las limitaciones de las teorías anteriormente nombradas, ya que según estos autores, analizan solamente un aspecto del problema o no señalan los elementos que unen unos componentes con otros. Se centra esta teoría en las conductas problemáticas, y parte de la hipótesis de que todas las conductas sociales se aprenden, aunque la base biológica de la conducta humana sea incuestionable.

Por último el tercer grupo de teorías son las integrativas y comprensivas. Las integrativas se basan en la integración de componentes de distintas teorías y las

¹⁴ Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁵ Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁶ Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

comprensivas a través de una teoría explican una problemática. En este grupo encontramos las siguientes:

- *La teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1986)*¹⁷: se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, y los aspectos del ambiente en los que se realiza la conducta. Los programas preventivos que han tenido más eficacia parten de esta teoría, por lo que tiene gran utilidad en los programas preventivos y es una de las más utilizadas en el ámbito de las drogodependencias. Proporciona una manera adecuada para conceptualizar la dependencia a las distintas sustancias, considerando los elementos que dan lugar al inicio, mantenimiento y abandono. Su elemento cognitivo principal es el concepto de autoeficacia que explica la conducta considerando las variables de inicio, mantenimiento y cambio de conducta.

- *El modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al. (1996)*¹⁸: explica la conducta antisocial a través de la precisión de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran importancia a los factores de riesgo y protección. Este modelo integra la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Parte de la premisa de que son similares los procesos de desarrollo que llevan a la conducta antisocial y prosocial. Las personas pasan por varias fases a lo largo de la vida y este modelo pretende explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono de aquellas conductas que preocupan a la sociedad. Por último afirma que hay una estrecha relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de la conducta antisocial.

- *La teoría interaccional de Thornberry (1987)*¹⁹: combina elementos de las teorías del control social y aprendizaje social. Esta teoría explica que la conducta desviada tiene su origen en un débil vínculo de la persona con la sociedad convencional y en un pobre ambiente social donde la conducta se puede aprender y reforzar. Según el autor las

¹⁷ Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁸ Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁹ Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

conductas desviadas se desarrollan de forma dinámica a lo largo de la vida con la influencia de múltiples factores que suceden a lo largo del tiempo.

- *La teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)*²⁰: ha sido un punto de referencia a partir de la cual se ha elaborado la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas organizados e interrelacionados entre sí para explicar la probabilidad de que la conducta problema ocurra. Estos sistemas son la personalidad, el ambiente y la conducta. La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. La aparición de las conductas de riesgo se debe fundamentalmente a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, por tanto es necesario reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección acompañados de un cambio de estilo de vida. Desde esta teoría las causas y mantenimiento de las conductas de riesgo recaen en la responsabilidad del individuo y del contexto social.

- *El modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992)*²¹: estos autores elaboraron el programa preventivo “Tú decides”, el más usado en España durante años. El programa se basa en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas y en la inclusión de una serie de elementos que durante décadas han ayudado a aumentar su eficacia. Los factores de riesgo y protección son la coherencia social y los hábitos de consumo social, la familia, la escuela, el tiempo libre, las relaciones con los padres y compañeros, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras sustancias y el consumo. La prevención por tanto se centra en influir sobre estos factores para evitar el consumo.

- *La teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995)*²²: se trata de una teoría comprensiva que considera varios niveles para explicar las causas de la conducta, los

²⁰ Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

²¹ Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

²² Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

cuales se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven por estos niveles: influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, las influencias contexto-situación social y las influencias intrapersonales. Entre estos grupos de influencia y los niveles hay numerosas interacciones.

- *El modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991-1992)*: se basa en el autocontrol y parte del modelo biopsicosocial. Consideran que la conducta se mantiene en función de las consecuencias y sostienen que es necesario distinguir la génesis de la aparición del problema. El desarrollo de la génesis del problema surge porque el adolescente busca conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya posee o le ofrecen para buscar la independencia del refuerzo paterno y conseguir capacidad de autocontrol.

Como hemos podido observar cada teoría o modelo se centra en diferentes aspectos para explicar la conducta de consumo. En el ámbito de la prevención, que es nuestro objeto de estudio, debemos destacar la importancia de *La teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social* de Bandura (1986), ya que estudia los elementos que favorecen el inicio del consumo, tratando por tanto de buscar las causas que originan el inicio para intervenir y prevenir el mismo. Así mismo, *La teoría del modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan* de Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992) es fundamental en el ámbito de la prevención, ya que como hemos comentado con anterioridad, los programas de prevención deben contemplar un serie de factores de riesgo y protección sobre los que se debe actuar para evitar el inicio del consumo o en su defecto, retrasar la edad de inicio.

De las teorías analizadas han surgido dos programas de prevención en drogodependencias muy usados en el ámbito educativo debido a su gran eficacia. Estos programas son: “*Entrenamiento en habilidades para la vida*” de Botvin, y “*¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas*” de Juan Carlos Melero y Roberto Flores.

Botvin señala que para que la prevención tenga resultados satisfactorios debe basarse en los factores sociales y psicológicos que llevan al consumo de drogas. Su programa “*Entrenamiento en habilidades para la vida*” previene tanto el consumo inicial como el avance a niveles de consumo más graves.

Este programa se fundamenta en un modelo basado en la interacción individuo-ambiente y en las influencias sociales que promueven el consumo e interaccionan con la debilidad individual. Cuantos más factores de riesgo haya mayor será la probabilidad de consumo.

La intervención a través de este programa dura 3 años y se aplica en el aula. Se centra en el entrenamiento de habilidades personales de automanejo para favorecer la toma de decisiones y resolución de problemas, reducir la influencia de los medios de comunicación y proporcionar habilidades para el autocontrol de la ansiedad. Así mismo se orienta al entrenamiento de habilidades sociales, centrado en enseñar habilidades de comunicación, habilidades sociales generales, habilidades para las relaciones chico/chica y habilidades asertivas. Por último se centra en el entrenamiento de habilidades para promover la resistencia hacia el consumo de drogas, así como informar de las consecuencias del mismo.

Este enfoque ha demostrado tener una eficacia a largo plazo, pues tras 6 años de seguimiento de los sujetos que recibieron este programa, se observó una reducción significativa en el consumo tanto de drogas legales como ilegales. Se confirmó la hipótesis de la prevención primaria, ya que al reducir el consumo de drogas legales se redujo el de drogas ilegales.

El programa “*¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas*” sigue la línea del programa de Botvin ya que tiene como finalidad promover el desarrollo de habilidades para la vida del alumnado de 12 a 16 años. Estas habilidades para la vida son 10: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, y manejo de tensiones y estrés.

Se centra en la vida cotidiana del alumnado, promoviendo conversaciones en torno a 8 ejes en los que se hallan las habilidades para la vida y contenidos relacionados con el universo simbólico que rodea el ámbito de las drogodependencias. Estos 8 ejes temáticos son: información, creencias, actitudes, influencias, autoestima, toma de decisiones, presión de grupo y tiempo libre.

De las teorías anteriormente nombradas, este programa está basado en *la teoría del aprendizaje social* de Bandura, *la teoría de la acción razonada* de Ajzen y Fishbein, *el modelo evolutivo* de Kandel y *el modelo del desarrollo social* de Catalano y Hawkins et al.

Antes de crearse estos programas, la estrategia de prevención más utilizada se basaba en informar sobre las consecuencias negativas que causaba el consumo de drogas, desde el ámbito legal, social y de la salud. Este planteamiento partía de la hipótesis de que el consumo de drogas es producto de una decisión racional y que los individuos consumen porque desconocen los peligros que conlleva. Desde esta perspectiva la prevención se basaba en educar a los adolescentes acerca de las consecuencias negativas del consumo. Sin embargo, las investigaciones demostraron que este tipo de enfoques eran ineficaces, y ello dio lugar a programas como los anteriormente nombrados, basados en promover una serie de habilidades para la vida.

Como hemos señalado anteriormente, los programas de prevención se deben basar en una adecuada teoría que tenga un buen apoyo empírico, pero además deben contemplar una serie de factores de riesgo y protección que debemos conocer para comprender las causas que provocan el inicio del consumo, así como aquellas que lo evitan o retrasan.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

Antes de pasar a mencionar los tipos de factores de riesgo y protección, debemos conocer su significado. Un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992)²³. Y un factor de protección es “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992).

²³Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Carmen Orte (1993) afirma que “el estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas es fundamental para el diseño de programas de prevención basados en el conocimiento profundo y en la realidad sobre la que se pretende actuar”.

Esta autora agrupa los factores de riesgo en tres niveles: individual, microsocioal y macrosocioal. Señala que se deben comprender de forma global y no aislada, ya que la conducta del individuo implica una relación entre el individuo y el ambiente en el que se desarrolla la conducta. A continuación se desarrolla cada uno de los niveles que establece Carmen Orte:

En cuanto al *nivel individual*, señala que es necesario comprender por qué unas personas consumen drogas y otras no, en este aspecto las diferencias individuales juegan un papel fundamental y éstas se refieren a diferencias genéticas, edad de inicio de consumo, sexo del consumidor y características de personalidad. A continuación vamos a analizar cada uno de estos elementos:

-*Factores genéticos*: según estudios farmacogenéticos hay una gran influencia genética sobre las diferencias individuales en relación a la percepción que los individuos tienen sobre la droga, la tolerancia, dependencia, retirada de la droga y abstinencia. Así mismo señala que los efectos que produce una droga dependen de su estructura química, la forma en que se ha administrado y las características físicas y psicológicas de la persona.

McGue. (1994)²⁴ afirma que hay un estudio que demuestra que los hijos de alcohólicos en adopción tienen mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción.

-*Edad de inicio*: cuanto antes se inicie una persona en el consumo de drogas mayor será la probabilidad de que consuma otras drogas. El consumo que se inicia antes de los 15 años aumenta la probabilidad de tener trastornos posteriores, ya sean relacionados con las drogas o bien, problemas psiquiátricos.

²⁴ McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

-*Sexo del consumidor*: los hombres y mujeres suelen consumir drogas distintas, mientras que las mujeres suelen consumir drogas aceptadas socialmente, los hombres tienden a consumir drogas socialmente no aceptadas como son la cocaína o heroína. También la cantidad y la vía de administración son diferentes según el género, ya que los hombres suelen consumir mayor cantidad y utilizan vías de administración más violentas.

-*Características de personalidad*: considera la conducta antisocial y los trastornos emocionales como factores de riesgo, ya que estas personas tienden a valorar de forma positiva los efectos de las drogas. Anteriormente señalábamos que el consumo de drogas puede provocar determinados trastornos, y ahora que determinados trastornos se asocian al consumo, por tanto podemos concluir afirmando que existe una relación bidireccional entre ambos.

Brook et al. (2001)²⁵ señalan que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta el riesgo del uso de sustancias en la adolescencia. Kamon et al. (2006)²⁶ establecen que el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental.

En cuanto al segundo grupo, los factores de riesgo *microsociales*, incluyen el contexto en el que se desarrolla la persona, siendo estos factores la familia, la escuela, los compañeros y las situaciones de interacción más frecuentes. Estos factores pueden ser también de protección si su influencia provoca rechazo o alejamiento de las drogas.

-*La familia*: el estilo de vida, valores, actitudes y conductas de los padres influyen directamente sobre los hijos, por ello cuanto más incompatibles sean las conductas con el consumo de drogas, mayor probabilidad habrá de que los hijos las rechacen. Se recomienda que el estilo educativo sea de protección, es decir, que los padres tengan autoridad moral, muestren afecto a sus hijos, sean receptivos, les refuercen

²⁵Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

²⁶Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

positivamente sus logros, autonomía y responsabilidad. También se destaca la importancia de que el hijo se sienta unido a los padres para favorecer un adecuado desarrollo emocional.

-*La escuela*: la competencia escolar, la conducta antisocial y la influencia del entorno escolar tienen una relación directa con el consumo posterior de drogas. La conducta antisocial provoca una valoración negativa del entorno escolar dando lugar a fracaso escolar, marginación, ausencia de expectativas y abandono escolar. La escuela debe favorecer que la persona desarrolle todas sus capacidades, tanto a nivel individual como colectivo, ofreciéndole para ello recursos psicopedagógicos, sanitarios, sociales, culturales, deportivos, etc.

-*Compañeros*: la influencia del grupo de iguales es uno de los factores más relacionados con el consumo de drogas. Se presta especial atención a la etapa de la adolescencia en la que el joven comienza a ser más independiente de la familia y el grupo de iguales adquiere mayor importancia y comparte con él mayor tiempo, sobretodo de ocio.

Según Swadi (1989)²⁷ hay investigaciones que señalan que el 12% de los consumidores se han visto influidos por una presión directa del grupo de iguales. Pero como señalan Repetti, Taylor y Seeman (2002)²⁸, no sólo ejerce influencia el grupo de iguales, sino que el no pertenecer al grupo y sentirse rechazado son también factores de riesgo que incrementan la probabilidad de consumo de sustancias, así como de problemas emocionales y conductuales.

-*Entorno*: tanto la respuesta psicológica del sujeto como la interpretación del mismo sobre los efectos de las drogas, están controlados por las influencias del entorno, las cuales influyen directamente en el desarrollo, tolerancia, dependencia, cantidad y uso. Las investigaciones señalan que tanto la influencia del grupo como la situación en la que se lleva a cabo el consumo, determinan los efectos que experimentan los sujetos,

²⁷ Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. M. Phil. Thesis, University of London. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

²⁸ Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

pudiendo aumentar positivamente esta experiencia, es decir, si una persona cree que en una situación determinada una droga le va a provocar unos determinados efectos, ésta tendrá mayor probabilidad de padecerlos debido a sus expectativas y creencias.

En el último grupo encontramos los factores de riesgo *macrosociales* de naturaleza socioestructural relacionados con las condiciones que favorecen la demanda de drogas. Estos factores permiten conocer tendencias y datos generales que facilitan la conceptualización del consumo de drogas. Encontramos los siguientes:

-*Disponibilidad de sustancias*: cuanta mayor cantidad de droga haya en el mercado, más personas la consumirán. Este factor depende del precio de la sustancia y de la legalidad de la misma. Así pues cuanto más disponible sea una sustancia, mayor aceptación social tendrá y mayor será su consumo.

-*Factores culturales*: el conocimiento, creencias y actitudes que adquieren los individuos de su cultura influyen directamente en la conducta de consumo de drogas. Estas influencias socioculturales pueden actuar propiciando el consumo de unas determinadas drogas y reduciendo el consumo de otras. Determinados estudios señalan que la práctica religiosa es un factor de protección frente al consumo de drogas, ya que las familias practicantes tienen características tradicionales, fomentando valores y conductas incompatibles con el consumo. Por tanto la práctica religiosa debe contar con un modelo familiar adecuado para ser un eficaz factor de protección.

-*Lugar de residencia*: según algunos estudios en las áreas más urbanizadas hay mayor cantidad de consumidores que en las menos urbanizadas. Otros señalan que las personas tienen preferencias de consumo parecidas a las del ambiente que les rodea. Así mismo el grado de densidad, deterioro físico, escasez de servicios públicos y la desorganización social y cultural de un barrio o vecindario incrementan la probabilidad de consumo de sustancias.

Estos tres factores macrosociales influyen en la conducta de sus individuos, favoreciendo el inicio, el refuerzo y mantenimiento de consumo de drogas. Por tanto a la hora de llevar a cabo la prevención se debe estudiar estos factores, así como su estructura desde una perspectiva ecológica.

En cuanto a factores de protección asociados al consumo de drogas, Becoña (2002) establece los siguientes:

Familiares: apego familiar, creencias saludables, altas expectativas parentales y dinámica familiar positiva.

Comunitarios: sistema de apoyo externo positivo, tener oportunidades para participar activamente en la comunidad, baja accesibilidad a las sustancias y redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

Compañeros e iguales: apego a los iguales no consumidores, asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela y recreativas, resistencia a la presión e influencia negativa de los iguales.

Escolares: escuela de calidad, oportunidades para la implicación prosocial y reconocimiento para la implicación en la misma, creencias saludables, cuidado y apoyo de los miembros de la comunidad educativa y clima escolar positivo.

Individuales: religiosidad, creencia en el orden social, desarrollo de habilidades sociales, creencia en la propia autoeficacia, habilidades para adaptarse a los cambios, orientación social positiva, tener aspiraciones de futuro, buen rendimiento académico y resiliencia.

Hemos analizado los principales componentes que se deben tener en cuenta para elaborar los programas de prevención, así como la vital importancia de los mismos en el ámbito de las drogodependencias y en nuestra sociedad.

Nuestro objeto de estudio es la prevención en el ámbito educativo, concretamente de la comunidad autónoma de Aragón y de la ciudad de Huesca. Para ello vamos a realizar en primer lugar un recorrido histórico a nivel nacional, desde el Plan Nacional de 1985 hasta la Estrategia Nacional actual 2009-2016, y posteriormente una vez tengamos una visión global de la prevención en nuestro país, nos centraremos en el II Plan Autonómico de Aragón y en el Plan Municipal de Huesca.

4. PLAN NACIONAL DE 1985.

El Plan Nacional de 1985 surge en un contexto en el que el problema del consumo de drogas en España se caracteriza por un aumento del tráfico de drogas ilegales, insuficiencia de datos estadísticos sobre el número y características de los consumidores, la heroína asociada a una serie de factores que funcionan como estereotipo provocando gran impacto social y efectividad, los jóvenes ignoran el peligro del cánnabis y tiene gran aceptación entre ellos, convirtiéndose en un factor que facilita el consumo de otras sustancias, y no sólo afecta el consumo a ellos, sino a toda la geografía española.

Se debe señalar también que España en esta época cuenta con una escasa estructura de salud en el ámbito de las drogodependencias. Desde los servicios sanitarios únicamente se atendían las patologías orgánicas asociadas al consumo, aunque sí es cierto que se produce un importante aumento de los servicios asistenciales, la gran mayoría de ellos públicos y gratuitos.

La sociedad demanda ayudas, más información y recursos suficientes a todos los niveles institucionales para hacer frente al consumo de drogas.

Este plan tiene tres finalidades:

- *Conseguir un amplio acuerdo social.* Las causas y los efectos del uso y abuso de drogas es un problema que afecta al conjunto de la sociedad, por ello es necesaria la colaboración de las organizaciones sociales y de las administraciones.

- *Ser técnicamente aceptado.* Se trata de una propuesta abierta y ordenada, que ha contado con la colaboración de numerosos expertos.

- *La lucha contra el consumo de drogas tiene que basarse en la prevención, tanto individual como colectiva.* Hace hincapié en la dificultad de superar y curar la adicción, reclamando mayor organización y disponibilidad de recursos. La acción preventiva se orientará a hacer frente a la marginalidad, centrándose en la etapa juvenil, y a favor de una educación para la salud.

Por tanto se pretende frenar y reducir el consumo de sustancias que provocan marginación social, inseguridad ciudadana y violan la autonomía de las personas,

mediante una serie de actuaciones coordinadas entre las autoridades, profesionales y el conjunto de la sociedad civil. Las medidas de este plan se van a centrar fundamentalmente en los problemas ocasionados por las drogas ilegales: reducir la oferta y la demanda (en 1983 aparece una importante Reforma Penal que distingue entre sustancias que causan grave daño a la salud y las que no), disminuir la inseguridad ciudadana, crear una Red Pública de Servicios de Atención y promover la coordinación y cooperación entre las administraciones e instituciones sociales.

Centrándonos en el ámbito de la prevención, objeto fundamental de nuestro estudio, ésta se desarrolla bajo una política integral de Educación Para la Salud, creando medidas para determinadas áreas geográficas, las cuales deben considerar una serie de factores políticos, económicos, sociales e individuales. Estas medidas no son específicas sino generales, para mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginación social. En las áreas consideradas de alto riesgo, la prevención se va a orientar a modificar los factores de riesgo.

La prevención va a actuar fundamentalmente sobre los dos factores que siempre están presentes en el origen de la drogodependencia: la disponibilidad de la droga y un modelo de sociedad consumidor.

Las actividades prioritarias se centrarán en la Educación Para la Salud en la escuela, promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, contando con una coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.

En los centros escolares la educación sobre drogas se debe enmarcar en la Educación Para la Salud y la educación integral, labor que corresponde a los educadores, contando con asesoramiento de especialistas cuando sea necesario.

La prevención también se hará a través de campañas generales sobre drogas, las cuales deben eliminar las percepciones que actúan como estereotipos (droga-libertad), creando una falsa realidad que impide una adecuada actuación, promover los modelos de convivencia solidaria y concienciar al conjunto de la sociedad de que la lucha contra el consumo de drogas es tarea de todos. Estas campañas son de gran utilidad en la

prevención, pero es difícil transmitir un mensaje que sea indiscutible, comprensible para todos y universalmente preventivo.

Por último en este plan en el marco de la prevención se recogen una serie de actuaciones para reducir el consumo y la oferta de drogas. En cuanto a las acciones para la reducción del consumo se deben destacar las siguientes:

- Reforma y mejora del sistema educativo.
- Potenciar la cooperación juvenil.
- Crear materiales didácticos para la educación sobre drogas.
- Promoción de actividades para el tiempo libre de los jóvenes.
- Introducir la Educación Para la Salud en el currículo escolar.
- Favorecer la inserción de los jóvenes en la vida activa a través de formación ocupacional y fomento del empleo.
- Campañas de sensibilización social a través de los medios de comunicación.
- Mayor control en la venta de alcohol a menores.

En lo que respecta a las actuaciones para reducir la oferta de drogas, destacan las siguientes:

- Se crea una Ley de Estupefacientes y Psicótrópos.
- Se endurecen las penas referidas tráfico de drogas.
- Se embargan los bienes de los traficantes.
- Sanciones a quienes promuevan o faciliten el consumo o tráfico de sustancias.
- Mayor control sobre el uso de fármacos psicoactivos.

En síntesis, la prevención en este plan no sólo se va a centrar en educar y sensibilizar a la población, sino que pretende reducir la oferta y la demanda, cambiar los modos de vida y las creencias en relación al consumo de sustancias. Así mismo habla de manera

implícita de factores de riesgo como la marginalidad social, la crisis económica, la escasa importancia que se da a la salud, el desempleo y un sistema educativo en decadencia, destacando la importancia de mejorarlo y educar a través de él en Educación Para la Salud, considerado como un ámbito prioritario de prevención.

5. ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008.

El Plan Nacional de 1985 comentado anteriormente ya no se adecua a la realidad social de los años 90 en lo que respecta al consumo de drogas y es necesario adaptarlo a un nuevo modelo de intervención coherente con esta realidad.

En la década anterior, los 80, la heroína era una de las drogas ilegales más consumidas que ocupaba el foco central de la problemática de consumo, sin embargo en la década de los 90 su consumo se estabiliza e incluso se puede hablar de descenso del mismo, pero en esta década aparecen nuevas drogas como las de síntesis. Además a diferencia de los 80, el consumo no está asociado a posiciones contraculturales o comportamientos marginales, sino que es fruto de nuevas modas y formas de estar en la sociedad, afectando a jóvenes normalizados en otras esferas de su vida. Además en esta década hay un mayor rechazo social hacia las drogas, siendo un escaso porcentaje partidario de la legalización de las mismas.

Por todo ello se aprueba por el Real Decreto 1911/99 la “Estrategia Nacional sobre Drogas” en el Consejo de Ministros el 17 de diciembre de 1999, marcando un hito a nivel institucional en nuestro país para afrontar el consumo de drogas.

Esta estrategia se elaboró desde una perspectiva participativa e integradora, contemplando de forma global la problemática de las drogodependencias, dando gran importancia al consumo de alcohol y tabaco en las poblaciones consumidoras de drogas.

En cuanto al ámbito de la prevención, que es el tema que nos atañe, se considera eje fundamental de la estrategia y se basa en la educación y en la formación de actitudes y valores, dirigida a niños y jóvenes, prestando especial atención al consumo recreativo de los fines de semana. Así mismo se señala que la prevención se debe incluir en la Educación Para la Salud, dirigiéndose fundamentalmente al ámbito familiar y escolar.

Se señala también que es necesario prevenir problemas sociales y sanitarios relacionados con el consumo de drogas, como son algunas patologías orgánicas y psicológicas.

Se debe destacar que esta estrategia en el ámbito de la rehabilitación garantiza una total cobertura asistencial ambulatoria a todos los drogodependientes.

La Estrategia Nacional enumera una serie de metas a llevar a cabo, entre las que debemos destacar en lo que a prevención se refiere las siguientes:

- Fomentar la sensibilización de la sociedad y la participación de diferentes instituciones.

- Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al fenómeno de las drogas, teniendo en cuenta la aparición de nuevos consumos de tipo recreativo, como son el alcohol y el tabaco. La prevención se centrará en la educación dirigida a los niños y jóvenes para fomentar su maduración social y emocional, fomentar su autonomía y capacidad crítica, así como fortalecer valores. Se trata pues de una educación que les permita con libertad tomar las decisiones más adecuadas en su vida para integrarse y desenvolverse eficazmente en la sociedad.

- Formar técnicos y especialistas en los diversos ámbitos de actuación.

La Estrategia Nacional sobre Drogas agrupa las áreas específicas de intervención en 3 niveles básicos: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional. En el nivel de reducción de la demanda se encuentra fundamentalmente la prevención del consumo de drogas.

El Plan Nacional sobre Drogas se centra fundamentalmente en la prevención del consumo y consecuencias derivadas del mismo, del alcohol, tabaco y las drogas emergentes de carácter recreativo. La prevención es el eje fundamental sobre el cual se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. Tiene por objetivos fomentar una mayor implicación de la sociedad a través de la sensibilización y concienciación, así como modificar los estereotipos sociales acerca de los distintos consumos. La prevención se articula en torno a los siguientes principios de actuación:

1. Los programas preventivos se deberán abordar de forma que se faciliten las actuaciones conjuntas en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc.

2. La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe de asentarse la intervención.

3. Es fundamental la promoción de la Educación Para la Salud. Los programas y actuaciones se diseñan a partir de la educación sanitaria de la población general y la Educación Para la Salud en la escuela.

4. Todas las áreas de prevención del consumo de drogas tendrán medidas destinadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y trastornos infecciosos asociados.

Los ámbitos prioritarios de intervención que se recogen en esta estrategia son: el ámbito escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

1. Ámbito escolar.

Es necesaria la cooperación, participación y actuación de los profesores, los alumnos y los padres. La Educación Para la Salud se establece como materia transversal según LOGSE y se considera la estrategia básica de actuación. Además los grupos vulnerables como por ejemplo alumnos de fracaso escolar, recibirán intervenciones intensivas.

Las actividades deberán formar parte del proyecto educativo del centro (PEC) y deberán ser esporádicas, de forma que un alumno pueda comenzar dichas actividades y seguir con las que correspondan a los cursos superiores.

Los profesores deberán contar con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias así como de materiales preventivos que, adaptados a la etapa evolutiva del alumno, presten especial atención en los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos. Además también se deberá trabajar los hábitos de higiene, autocuidados de salud, la autoestima, la resistencia a la presión del grupo, el desarrollo de la capacidad crítica frente la influencia de la publicidad y otros factores que se consideran protectores frente al consumo de drogas.

2. Ámbito familiar.

La actuación en el ámbito familiar tendrá como finalidad prevenir el consumo de drogas y los problemas derivados del consumo de las mismas.

La intervención familiar se centrará en fomentar habilidades educativas y de comunicación, aumentar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas, concienciarlos de su importancia como agentes de promoción de la salud y conseguir que se impliquen en otras iniciativas escolares o comunitarias desarrolladas en su entorno.

Los programas se centrarán en dar respuesta a las necesidades e inquietudes de las familias, siendo prioritaria la intervención con familias problemáticas para prevenir el consumo y las conductas negativas de sus hijos.

Es necesario mejorar el acceso a las familias y lograr incrementar su participación en los programas que se desarrollan. Para ello los programas deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los padres, más que centrarse exclusivamente en la información sobre drogas, y deben estar adaptados a sus circunstancias.

3. Ámbito laboral.

Debido a que el consumo de alcohol y tabaco de los trabajadores está por encima de la media del consumo de la población general, se desarrollan programas preventivos para este ámbito, que deberán estar incluidos en los programas de seguridad e higiene de las empresas.

Las actividades de estos programas de prevención son: información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas, formación, y capacitación de mandos y cuadros con asesoramiento especializado.

4. Ámbito comunitario.

La prevención en el ámbito comunitario se centrará en consolidar e impulsar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la salud.

Los programas comunitarios se apoyan en otros programas y se adecuan a las características del entorno. En el caso de que se apliquen programas escolares en la comunidad, la intervención comunitaria potenciará la apertura y la conexión de los centros educativos con otros recursos del entorno, fomentando por ejemplo las actividades extraescolares. También se realizarán intervenciones alternativas de ocio y tiempo libre y la educación de calle.

5. Ámbito de la comunicación social.

En este ámbito encontramos las campañas de información y sensibilización a la sociedad y las relaciones y acciones con los medios de comunicación social.

Las campañas preventivas son útiles cuando transmiten un mensaje a un grupo de población específico. El mensaje debe tener las siguientes características: positivo, no moralista ni dramatizador, información clara y objetiva, aporta alternativas, etc.

En cuanto a los medios de comunicación social constituyen un refuerzo para los programas preventivos debido a su impacto en la transmisión de mensajes a la sociedad y su papel en la configuración de la opinión social.

6. Ámbito de la salud.

La prevención en este ámbito se va a centrar en la Educación Para la Salud, la cual llevará a cabo el personal sanitario, y a la detección precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

7. Otros ámbitos.

También se llevará a cabo la prevención en residencias juveniles, servicio militar, centros penitenciarios y centros de protección y reforma de menores.

Por último cabe señalar que en esta estrategia se recogen una serie de objetivos, dirigidos fundamentalmente al ámbito escolar y a los adolescentes, prestando especial atención a este colectivo dado su mayor riesgo de enfrentarse a situaciones de consumo de sustancias. Cabe destacar los siguientes objetivos:

- Potenciar la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas.

- Lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente su relación con las mismas.

- Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad.

- Elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas. (Plan Nacional Sobre Drogas, 1999).

A modo de síntesis podemos observar que en esta estrategia se hace hincapié en la prevención de las drogas legales, mientras que en el Plan de 1985 se centraba fundamentalmente en las drogas ilegales. Esto es debido a los cambios sociales y de consumo, además de disponer de mayor información con respecto a la problemática de las drogas, en concreto de los factores de riesgo, sabiendo que el consumo de drogas legales fomenta el consumo de drogas ilegales.

En esta estrategia se profundiza en la educación de habilidades en los adolescentes y jóvenes para evitar el consumo de sustancias y se empieza a sensibilizar a la población de que el ocio recreativo no debe ser sinónimo de consumo de drogas los fines de semana. Así mismo se empieza a ser consciente de que los ámbitos prioritarios de prevención deben ser el escolar y familiar, dado que son los principales espacios de socialización de los jóvenes, y la educación que reciban en dichos contextos en materia de drogodependencias determinará sus actitudes respecto a las mismas.

Esta estrategia estuvo vigente hasta 2008, y en 2009 entra en vigor la Estrategia Nacional 2009-2016 que se analiza a continuación.

6. ESTRATEGIA NACIONAL 2009-2016.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 es un documento, consensado y aprobado por la Conferencia Sectorial sobre Drogas. Parte del marco institucional establecido desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985.

Esta estrategia fomenta y desarrolla los aspectos en los que la Estrategia Nacional 2000-2008 ha demostrado ser eficaz y entre las limitaciones observadas, se propone en esta estrategia mejorar y optimizar la oferta de iniciativas de prevención, disminuir y reducir los riesgos, daños y el tratamiento de los consumidores, y prestar especial atención a las personas más vulnerables.

Esta Estrategia Nacional confluye con la vigente Estrategia Europea 2013-2020 y con los planes y estrategias de las comunidades autónomas.

Esta estrategia se enmarca en un contexto en el que hay un gran incremento entre la asociación del consumo de drogas y el ocio (mayor todavía que en la etapa de la Estrategia 2000-2008), lo cual da lugar a la aparición de nuevos consumidores, fundamentalmente jóvenes y adolescentes. Es en esta estrategia la primera vez que se rechaza explícitamente la asociación del consumo de drogas con el ocio, que tantos años atrás se venía defendiendo.

Entre los años 2000 y 2008, período de vigencia de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas, cabe destacar que disminuye el número de consumidores por vía parental, aunque entre ellos permanecen altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, así como de conductas sexuales y hábitos de inyección de riesgo. En cuanto a las drogas ilegales, el consumo de cánnabis y cocaína se estabiliza y descende, sobre todo en la franja de edad 14-18 años, y en el caso de la heroína, parece estabilizarse su consumo e incluso incrementarse en lo que respecta a la heroína fumada. También descende el número de muertes ocasionadas por el consumo de estas drogas. En el caso de las drogas legales, descende el consumo de tabaco y también el de bebidas alcohólicas, aunque de este último, ha aumentado la frecuencia de consumos intensivos (borracheras los fines de semana).

Es importante también destacar la situación geográfica y estratégica de España, convirtiéndose en una puerta de entrada de droga hacia Europa a través de los continentes americano y africano. Este hecho aumenta la probabilidad de consumo en la población española, aunque los datos muestran que no es proporcional la cantidad de droga que llega con el consumo de la población.

En la elaboración de esta estrategia se han tenido en cuenta una serie de cambios que confluyen en la problemática de las drogas, entre los que podemos destacar:

- Los cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas, cada vez es más frecuente consumir más de una sustancia (policonsumo), el inicio precoz de uso de algunas sustancias y su asociación con el ocio.

- La aparición de nuevas sustancias en el mercado.

- El incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas (patología dual).

- El envejecimiento de consumidores problemáticos.

- La necesidad de crear programas variados e individualizados y llevar a cabo actuaciones preventivas en poblaciones de riesgo y contextos de riesgo.

En lo que respecta a la prevención del consumo de sustancias, se considera el pilar fundamental sobre el que se apoya esta estrategia. La prevención se va a centrar en primer lugar en concienciar a la población de los problemas, los daños y los costes personales y sociales que provoca el consumo de drogas, así como promover la participación ciudadana para luchar contra este problema. En segundo lugar va a promover una serie de capacidades y habilidades personales para rechazar el consumo. Finalmente va a perseguir retrasar la edad de inicio de consumo, debido a que cuanto mayor es la edad de las personas consumidoras, menor es la probabilidad de desarrollar adicción.

La prevención va ir dirigida a diferentes ámbitos, de forma breve vamos a nombrar cada uno de ellos, analizando con mayor profundidad el contexto educativo, que es el que nos atañe. Estos espacios son:

- La sociedad en su conjunto*: la prevención en este ámbito va a fomentar la participación ciudadana, los valores culturales, los factores de protección y habilidades para la vida.

- La familia*: constituye el núcleo más importante de socialización, siendo para los adolescentes uno de los ámbitos más importantes de su vida, por ello las estrategias en

este contexto se van a enfocar a mejorar las competencias educativas y de gestión familiar, así como incrementar la cohesión familiar y reforzar la resistencia del núcleo familiar.

-Población infantil, adolescente y joven: es fundamental la prevención en este colectivo debido a que se trata de un sector de la población caracterizado por el desarrollo hacia la madurez y gran curiosidad a las novedades y nuevas experiencias. Estas características les hacen muy vulnerables hacia el consumo de drogas, siendo los espacios de ocio, los lugares de preferencia de consumo.

-La comunidad educativa: junto al núcleo familiar es el ámbito más importante de socialización de los seres humanos. Para lograr una efectiva educación sobre los problemas del consumo de drogas es necesaria la implicación, participación y coordinación del alumnado, familias y profesorado. También es necesaria una actuación conjunta con el ámbito social y sanitario.

Por tanto nuestra tarea como docentes es fundamental en la educación sobre las drogodependencias, pero no debemos ser los únicos responsables, sino que todos los miembros de la comunidad educativa e instituciones extraescolares relacionadas con el niño deben educar y promover una serie de capacidades y habilidades para la vida de forma que se fomente su autonomía e iniciativa personal, la resolución pacífica de conflictos, la cooperación y el rechazo al consumo de sustancias. Sin olvidar también que debemos poner todo nuestro esfuerzo para evitar el fracaso escolar de nuestros alumnos, ya que es un factor de riesgo de consumo de sustancias.

En esta Estrategia al igual que hemos visto en la anterior, se recoge el concepto “Educación Para la Salud”, que se desarrollará de forma transversal a través de las diferentes áreas que forman parte del currículo, y que tendrá por objeto fomentar hábitos de vida saludables y una serie de habilidades para la vida.

-La población laboral: incluye la población activa del país que posee una serie de características comunes que van a facilitar la prevención en este ámbito y a conseguir los objetivos planteados.

-Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad: los grupos que poseen mayor probabilidad de iniciarse en el consumo son la población inmigrante, minorías étnicas o

culturales, personas con problemas de salud mental, jurídico-penales, aquellos que presentan dificultades económicas, sociales familiares y personales, y los hijos de los consumidores y menores internados en centros de protección.

Por último en lo que se refiere a prevención, se señala que para que ésta sea eficaz es necesario contar con la implicación de diferentes sectores y los profesionales que trabajan en ellos, reforzando aquellos contextos que han recibido menor atención estos años como son los medios de comunicación, los sistemas sanitario y social, el sector económico vinculado a la oferta de opciones de ocio, así como de los agentes de seguridad vial y ciudadana.

Como se puede observar esta estrategia se trata de una continuación de la Estrategia Nacional 2000-2008, la cual se ha adaptado a los nuevos cambios sociales. La realidad social obliga a crear nuevas estrategias y planes, debido a que surgen nuevas drogas, perfiles de consumidores, tendencias de consumo, etc.

Actualmente nos encontramos inmersos en esta estrategia, concretamente bajo el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. A continuación vamos a analizar dicho plan, ya que en él se especifica y concreta lo desarrollado en esta estrategia, ofreciéndonos una información más precisa, sobre todo en lo que a prevención se refiere.

7. PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016.

El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 es un desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y se enmarca en la “Estrategia de la U.E. en materia de lucha contra la droga 2013-2020”. (DOUE 29/12/2012). También considera las diversas estrategias, planes y actuaciones de las distintas comunidades autónomas.

Este Plan de Acción se trata de una concreción de la Estrategia Nacional 2009-2016, y se basa principalmente en los datos proporcionados por el Sistema de Información, en los resultados de la evaluación del Plan de Acción 2009-2012, en las líneas de acción propuestas por políticas europeas e internacionales, así como los planes de acción de las diferentes comunidades autónomas. Se debe mencionar que en su elaboración se ha tenido muy en cuenta la situación actual de la sociedad española, ya que los cambios sociales influyen o están relacionados con cambios en los patrones de consumo y por tanto en las consecuencias de los mismos.

El contexto social es determinante para elaborar cualquier acción preventiva, ya que cada contexto es diferente y va a influir de manera distinta en el consumo, y por tanto las formas de actuar deben ser diferentes. Por ello la base de un plan de prevención, además de tener en cuenta los datos mencionados anteriormente, debe ser la situación social del país o lugar donde se vaya a llevar a cabo.

El Plan de Acción sobre drogas 2013-2016 está formado por 6 ejes (coordinación, reducción de la demanda, reducción de la oferta, mejora del conocimiento, formación y coordinación internacional), contando con un total de 36 acciones para estos ejes, y los 14 Objetivos Generales de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016.

En lo que se refiere a prevención nos vamos a centrar en el eje 2, reducción de la demanda, que recoge las acciones preventivas más importantes. Entre ellas se hace referencia a promover una conciencia social sobre los aspectos negativos relacionados con las drogas, las formas de evitarlos y la importancia de una participación activa de los ciudadanos para hacer frente a ellos. También habla de incrementar las capacidades y habilidades personales para rechazar el consumo de drogas y evitar las conductas desadaptadas que provocan. Para ello propone la creación de un proyecto coordinado de prevención familiar y un proyecto coordinado de prevención para menores en situación de riesgo. También se destaca la necesidad de retrasar la edad de inicio y disminuir el consumo, tanto de drogas legales como ilegales. Para ello se desarrollarán programas de prevención multicomponentes en el ámbito local y se llevarán a cabo actuaciones para detectar e intervenir de forma precoz con menores vulnerables en los ámbitos escolar, social y sanitario. También se crearán planes de prevención para llevar a cabo en el sector del ocio nocturno y ámbito laboral.

Además en lo que respecta a prevención, se debe destacar el eje 3, reducción de la oferta, que recoge un plan de prevención del tráfico minorista en zonas escolares y de ocio.

Como se puede observar, la prevención incide en informar a la sociedad acerca de los riesgos y consecuencias negativas asociadas al consumo de drogas, ya que todavía la sociedad no percibe de manera adecuada los riesgos y consecuencias del abuso de sustancias. Además de enfocar desde esta perspectiva la prevención, también la desarrolla dotando a los menores de capacidades y habilidades personales para rechazar

el consumo de drogas. Así mismo se hace hincapié en la actuación en los ámbitos escolar y familiar, debido a que son los principales contextos de desarrollo madurativo y social de los menores, y los que influyen con más fuerza en el consumo de sustancias. Por último cabe destacar que una de las tareas que se incorporan a este plan es luchar contra el consumo con fines recreativos y de ocio, resaltándose la necesidad de eliminar este mensaje de la sociedad, rechazando totalmente la asociación de ocio y consumo.

Hemos analizado con detalle la prevención en el Plan de 1985, la Estrategia Nacional 2000-2008, la Estrategia Nacional 2009-2016 y el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, es decir, el pasado y presente de la problemática del consumo de sustancias, pero ¿Qué expectativas de futuro hay? Para responder a esta cuestión debemos analizar el *“Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas”*.

8. INFORME SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL ABORDAJE DE LAS ACTUALES Y NUEVAS ADICCIONES, ELABORADO POR LA PONENCIA CREADA EN EL SENO DE LA COMISIÓN MIXTA PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

En lo que respecta a prevención en dicho informe, cabe destacar el aumento de presupuesto de la Administración General del estado y de las Administraciones Autonómicas para políticas de drogas, multiplicándose por 10 el presupuesto de la Administración General del Estado desde 1986 hasta 2011. Cuanto mayor presupuesto haya, de mayor calidad y eficacia serán los programas de prevención y se podrá contar con mayor cantidad de profesionales para llevarlos a cabo, así como de mejores medidas y actuaciones, sin olvidar que aunque la prevención sea cara, a la larga es económicamente rentable, ya que cuesta más tratar a los consumidores que prevenir el consumo. Se destaca que sigue existiendo una gran asociación entre ocio y consumo, habiendo una baja percepción del riesgo en drogas como el cánnabis, situándose la edad media de inicio de consumo entre los 13 y 15 años, siendo muy necesaria la prevención en el ámbito de ocio, y en los institutos, para retrasar la edad de inicio y aumentar la percepción del riesgo, sobre todo de las drogas más consumidas por los jóvenes como son el alcohol y el cánnabis. Un dato que refuerza todavía más la prevención en el ámbito escolar es que de cada 3 estudiantes de 14 a 18 años, uno no consume, otro consume una única sustancia y el último consume dos o más sustancias.

En el apartado donde se recoge de forma explícita la prevención, se incide en retrasar la edad de inicio de los consumos, destacando que:

La evidencia científica demuestra que la prevención inespecífica, basada en charlas o actividades puntuales en centros educativos, no es suficiente para oponerse a la presión de grupo y retrasar la edad de inicio; las medidas más eficaces para este fin, son el establecimiento de límites y normas (familiares, legales, etc.); la prevención escolar a través de actividades que acompañan a lo largo de todo el ciclo formativo son eficaces para disminuir los consumos, pero no para retrasar la edad de inicio y que la prevención selectiva e indicada son muy eficaces para los grupos en especial riesgo (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Sección Cortes Generales, 2014).

También hace hincapié en la necesidad de introducir el enfoque de promoción de la salud, considerado como un factor de protección del consumo de drogas.

Así mismo considera de importancia para reducir el consumo, la reducción de la oferta, reforzando los cuerpos y fuerzas de seguridad, los recursos judiciales, aduanas, etc. Además considera prioritaria la prevención en el ámbito familiar, primera fuente de información y núcleo socializador de las personas, y en la escuela. Se destaca que el problema de las drogodependencias no solo es sociosanitario, sino también cultural, y por tanto se requiere de una prevención en la que se trabajen los valores sociales. Los programas educativos en drogodependencias se deberán enfocar a desarrollar habilidades para la vida, como son la autoafirmación, la resiliencia o la asertividad.

Destaca la importancia de la prevención del consumo de tabaco y alcohol, debido a que son drogas que favorecen el inicio del consumo de otras como el cánnabis.

Los programas preventivos deberán contar con un enfoque de género, debido a que los consumos y las conductas de riesgo, la impulsividad, la socialización, etc..., son diferentes entre ambos sexos.

En cuanto a las campañas de prevención, con ellas no se han obtenido los resultados esperados, pero se valoran de forma positiva y se seguirán utilizando, estando dirigidas fundamentalmente a los grupos de mayor riesgo.

Se habla por primera vez de utilizar las tecnologías de la información en el ámbito preventivo, aprovechando el papel educativo de internet.

En definitiva, como expresó algún compareciente, hay que poner la prevención en la agenda política y social. En dicha agenda habría que apuntar, la importancia de la familia, la evidencia de los usos y costumbres tales como la nocturnidad o el ocio, la postura de la industria recreativa, la banalización de ciertas drogas, los resultados de ciertas legislaciones restrictivas como la del tabaco o la existencia de mensajes contradictorios en relación con el consumo de sustancias que en ocasiones obedecen a los usos sociales o incluso a la existencia de grupos con intereses en el consumo de ciertas sustancias (Boletín Oficial de las Cortes Generales, Sección Cortes Generales, 2014).

Antes de pasar a analizar la prevención de consumo de drogas en Aragón y Huesca, es conveniente conocer una serie de datos estadísticos que refuerzan y justifican las medidas y actuaciones preventivas analizadas en las estrategias y planes anteriores. Los datos que vamos a comentar han sido extraídos de la *“Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012.”*

9. ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES), 1994-2012.

La encuesta a analizar se realizó en todo el territorio nacional en 2012 (del 14 de febrero al 30 de abril) con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan la Enseñanzas Secundarias.

El objetivo principal de ESTUDES es recopilar información para diseñar y evaluar políticas encaminadas a prevenir el consumo de drogas y los problemas ocasionados por el mismo, fundamentalmente en el medio familiar y escolar.

En primer lugar vamos a analizar la prevalencia de consumo, la edad de inicio, las diferencias de consumo entre ambos sexos, el consumo en la comunidad autónoma de Aragón, los lugares de consumo y compra de alcohol, el consumo según el día de la semana y el tipo de bebida, frecuencia de salidas nocturnas y regreso a casa, y el consumo de diferentes sustancias como tabaco, alcohol, cánnabis, cocaína y heroína.

Prevalencia de consumo de drogas.

Las sustancias más consumidas por los estudiantes de entre 14 y 18 años son el alcohol, el tabaco y el cánnabis. Un 83,9 % afirma haber consumido alcohol en alguna ocasión, un 43,8 % tabaco y un 33,6 % cánnabis. En cuanto a las drogas de mayor potencial de adicción, la prevalencia de consumo en esta franja de edad es baja, ya que el consumo de heroína se sitúa en un 1 % y el de cocaína en un 3,6 %.

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y popular entre los jóvenes, incrementándose su consumo con respecto a años anteriores, pero observándose una menor proporción de consumo de manera intensiva.

Edad y sexo.

La edad media de inicio en el consumo de las sustancias psicoactivas más populares entre los jóvenes se inicia antes de los 14 años, a los 13,9 se inicia el consumo de alcohol y a los 13,6 el de tabaco. En el resto de sustancias como el cánnabis, cocaína y heroína, la edad media de inicio es superior a los 14 años (14,9, 15,5 y 14,4 respectivamente).

Cabe destacar que generalmente el consumo de sustancias se incrementa conforme aumenta la edad. En el caso del alcohol se observa el mayor incremento de prevalencia de consumo de los 14 a los 15 años, y en el tabaco entre los 17 y 18 años, siendo la prevalencia en los últimos 12 meses en los que respecta a ambas sustancias, mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo en el resto de sustancias, como la cocaína, cánnabis, heroína... la prevalencia de consumo es mayor en hombres que mujeres. Por tanto en lo que respecta a las drogas legales, socialmente aceptadas y usadas principalmente en espacios de ocio, hay una mayor prevalencia de consumo en mujeres que en hombres, sin embargo en lo que respecta a drogas ilegales y menos aceptadas socialmente, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres.

Comunidad autónoma de Aragón.

En lo que respecta a nuestra comunidad autónoma, Aragón, es la que mayor proporción de fumadores registra (22,5%), en cuanto al consumo de alcohol, es la

tercera comunidad autónoma con mayor prevalencia (88,4%), y es igualmente la tercera comunidad autónoma con mayor prevalencia de consumo de cánnabis.

En cuanto a la edad media de inicio, tanto en lo que respecta al consumo de alcohol y tabaco, Aragón es la comunidad autónoma con la edad media de inicio más baja (13,5 y 13,2 respectivamente). También junto al País Vasco, Aragón registra la edad media de inicio más baja de consumo de cánnabis.

Por último cabe destacar que en cuanto a la prevalencia de borrachera alguna vez en la vida, es la comunidad autónoma con mayor prevalencia (70,9%), al igual que en *Binge Drinking* (consumo en atracón) (51,3%).

Lugares de consumo y compra de alcohol.

Los lugares en los que los jóvenes de 14 a 18 años consumen mayor cantidad de alcohol son los bares o pubs (41,6%), seguido de las calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos (36,3%) y de las discotecas (35,4%). En cuanto a los lugares donde una mayor proporción de estudiantes obtiene las bebidas alcohólicas son los supermercados (39,1%), los bares o pubs (37%) y las discotecas (30,7%).

Consumo según el día de la semana y el tipo de bebida.

Los días de la semana en los que se consume más cantidad de alcohol son el viernes, sábado y domingo, los días de ocio de los jóvenes. También cabe destacar que se ha observado un aumento de consumo en los días laborales, debido a que un gran porcentaje de estudiantes consume los jueves.

Las bebidas alcohólicas consumidas los días de ocio son las destiladas, mientras que los días laborales se consumen bebidas alcohólicas fermentadas.

Frecuencia de salidas nocturnas y horario de regreso a casa.

En lo que respecta a las salidas nocturnas, un 47,3 % salió de noche a divertirse por lo menos una vez a la semana en el último año, siendo el hábito más frecuente salir entre 1 y 3 noches al mes (29,7%). Esta frecuencia aumenta conforme se incrementa la edad de los jóvenes.

Cuanto mayor es la frecuencia de salidas nocturnas, mayor es la frecuencia de consumo de drogas, tanto legales como ilegales. Cabe señalar que se observa un aumento de consumo más moderado en el caso del alcohol, debido a que su consumo está muy generalizado.

Otro factor de riesgo para el consumo de sustancias que se debe tener en cuenta es la hora de regreso a casa, ya que cuanto más tarde sea el regreso más cantidad de sustancias se podrán consumir y además se debe contemplar que uno de los objetivos principales del consumo es aguantar largas jornadas de ocio. Además la prevalencia de consumo de drogas ilegales aumenta conforme aumenta la hora de regreso.

Botellón.

En lo que respecta a la práctica del botellón, un 43,4% de los estudiantes afirma haberlo realizado el último mes. Se debe mencionar que los jóvenes que realizan botellón consumen más sustancias psicoactivas que los que no lo realizan. Además cabe destacar que el 93,1% de los que han acudido a algún botellón en el último año han bebido alcohol en ese mismo periodo de tiempo (frente al 43,5% que no han hecho botellón).

Tabaco.

Después del alcohol, el tabaco es la sustancia más consumida entre los jóvenes, ya que un 43,8 % de entre 14 y 18 años admite haber fumado en alguna ocasión de su vida. Mientras que en lo que respecta al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, la proporción de fumadores entre los estudiantes es de un 35,3 %, y en el último mes de un 29,7 %.

Es más habitual que los jóvenes que fuman a diario convivan con progenitores fumadores, y además cabe señalar que el 54 % de los alumnos de Educación Secundaria ha visto fumar a los profesores y el 73,6% ha visto fumar a otros estudiantes dentro del propio centro educativo. Se trata de un elevado porcentaje dada la legislación actual que prohíbe fumar dentro de los centros educativos, siendo una práctica que provoca o incita a los demás alumnos a fumar, actuando de modelo.

Por último cabe destacar que entre los estudiantes que fuman, tres de cada cuatro confiesan que se han planteado en alguna ocasión dejar de fumar. En lo que respecta al momento actual, el 56,9 % está pensando en dejar de fumar, siendo una proporción menor respecto a 2010 cuya proporción era de un 67,7 %.

Cánnabis.

El cánnabis es la droga ilegal más consumida entre los jóvenes estudiantes de entre 14 y 18 años, ya que un 33,6 % de ellos lo ha consumido alguna vez en la vida.

La proporción de los estudiantes que prueba el cánnabis o lo consume de manera ocasional, es similar a 2010, mientras que la proporción de los que lo consume a diario tiende a descender.

El cánnabis es la droga ilegal con inicio de consumo más precoz, manteniéndose la edad media de inicio estable desde 1994, siendo de 14,9 años en 2012. También se observa estabilidad en la continuidad de consumo desde 1994, aunque con una ligera tendencia al descenso,

Cocaína.

En cuanto a la cocaína, un 3,6% de los estudiantes afirmó haber consumido cocaína en polvo y/o base al menos en alguna ocasión en su vida, un 2,5% lo hizo alguna vez durante el año previo a la realización de la encuesta y el 1,5% durante el último mes.

En 2012 la tendencia de consumo muestra una estabilización, fundamentalmente en lo que se refiere a los consumos no experimentales, ya que el consumo experimental (alguna vez en la vida) desciende de forma más moderada.

Heroína.

La heroína es la droga ilegal, a excepción de las consideradas “nuevas sustancias”, menos consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años. Tan sólo un 1% consumió heroína al menos una vez en su vida, un 0,7% en los últimos 12 meses y un 0,6% en los últimos 30 días.

Hemos analizado el consumo de las diversas sustancias de manera aislada, pero también se debe estudiar contemplando el consumo de varias sustancias al mismo tiempo. Este consumo combinado de diversas drogas, ya sean legales o ilegales, a lo largo de un mismo periodo de tiempo se llama policonsumo. Principalmente se da en los momentos de ocio, incrementando los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, ya que potencia los efectos de unas sobre otras, refuerza la adicción, interfiere en el diagnóstico y dificulta el tratamiento, ensombreciendo el pronóstico.

En 2012 un 16,8% de los estudiantes de Enseñanza Secundaria no ha consumido ninguna sustancia, un 38,9% consume una única sustancia y el 44,3% dos o más. Por tanto el policonsumo es un patrón de consumo frecuente entre los estudiantes.

El policonsumo aumenta con la edad, mostrando las prevalencias más elevadas a los 18 años. En cuanto al sexo, la prevalencia de policonsumo considerando las drogas legales e ilegales es mayor en mujeres que en hombres. Sin embargo si sólo consideramos las drogas ilegales, la prevalencia de policonsumo es mayor en hombres que en mujeres, y si consideramos las drogas legales, la prevalencia de policonsumo es mayor en mujeres que en hombres.

Cuando hablamos de drogas ilegales nos referimos según la EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) a cánnabis, cocaína (polvo y base), heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB (éxtasis líquido). Mientras que cuando hablamos de drogas legales hacemos referencia al alcohol, tabaco, hipnosedantes o inhalables volátiles.

A continuación vamos a analizar el policonsumo en diferentes sustancias:

Alcohol.

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor presencia en el policonsumo, ya que el 95 % de los que consumen diferentes sustancias consumió alcohol durante el mismo periodo (el 98,2% de los fumadores de tabaco, el 98,8% de los consumidores de cánnabis, el 97,1% de los de cocaína y el 96,3% de los que consume heroína).

También se debe destacar que los consumidores de alcohol consumen más drogas ilegales que los que no consumen alcohol, ya que el 22 % de los que bebieron alcohol

en el último mes consumieron alguna sustancia ilegal en el mismo periodo (frente al 2% de los que no bebieron alcohol).

Alcohol y cánnabis.

Entendemos por consumo combinado de alcohol y cánnabis, cuando se consumen ambos sin que pasen más de dos horas entre el consumo de uno y otro.

En 2012, el 19,6% de los estudiantes afirmó haber consumido estas dos sustancias conjuntamente en el último año.

Alcohol y cocaína.

Se entiende por consumo conjunto de alcohol y cocaína, cuando se ingiere alcohol y se consume cocaína sin que hayan pasado más de dos horas entre el consumo de una y otra sustancia. El 1,6% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado este tipo de policonsumo en los últimos 12 meses.

Tabaco y cánnabis.

En lo que se refiere al consumo conjunto de tabaco y cánnabis, de los datos obtenidos, se observa que un 20,9% ha consumido tanto tabaco como cánnabis al menos alguna vez en el último año. Otro dato destacable, es que de los que han fumado tabaco en el último año, el 60,1% ha consumido cánnabis también durante el mismo periodo.

Por último en la encuesta ESTUDES se analizan las percepciones y opiniones de la población ante las drogas.

En cuanto a la percepción de riesgo es necesario aumentarla entre los jóvenes, ya que el riesgo percibido es un elemento protector frente al consumo. Las conductas valoradas por los jóvenes como de menor riesgo son las asociadas al consumo de alcohol. Sin embargo las percibidas como de mayor riesgo son las asociadas al consumo de heroína, cocaína y éxtasis. Cabe destacar que las chicas perciben mayor riesgo que los chicos en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas. También se debe mencionar que conforme aumenta la edad disminuye la percepción de riesgo y al disminuir la edad aumenta la percepción de riesgo.

En cuanto a la disponibilidad percibida que hace referencia al grado de facilidad o dificultad que los jóvenes de 14 a 18 años perciben para conseguir u obtener las drogas, las percibidas como las más accesibles son las del comercio legal, seguidas por el cánnabis y los hipnosedantes. Entre las menos accesibles están el éxtasis líquido (GHB) y la heroína.

La disponibilidad percibida y la percepción de riesgo son factores relacionados con la prevalencia de consumo, ya que las sustancias más accesibles suelen ser las más consumidas, las menos accesibles presentan prevalencias de consumo más bajas, y las sustancias que se perciben como menos peligrosas tienen prevalencias de consumo más altas que las percibidas como más peligrosas.

Estos tres indicadores se deben valorar de forma conjunta para diseñar las acciones de prevención.

En cuanto a la información recibida acerca de las drogas, la mayor parte de los estudiantes de 14 a 18 años afirma estar bien informado. Tan sólo un 5,8 % afirma estar mal informado.

Las principales vías por las que reciben información son: charlas o cursos, familia, profesores y medios de comunicación. Las vías que consideran más apropiadas para recibir una mejor información son los profesionales sanitarios a la vez que las charlas y cursos, seguido de las personas que han tenido contacto con las drogas y los organismos oficiales e Internet.

Los jóvenes reclaman una mayor implicación del sector sanitario en la divulgación y formación sobre drogas, y de las personas que han tenido experiencias directamente con las drogas. Cabe destacar que los estudiantes ven poco fiable la información dada por sus profesores, amigos y hermanos.

Por último debemos conocer la valoración por parte de los estudiantes de las medidas preventivas. Las medidas educativas y sanitarias son las mejor valoradas por los estudiantes para resolver el problema de las drogas. De entre todas ellas la mejor valorada es la educación en las escuelas, por lo que sería necesario reflexionar por qué el profesorado pierde fiabilidad y estatus como fuente de información.

Las acciones dirigidas a regular la normativa son las menos valoradas por los jóvenes. Dos de cada cinco jóvenes considera que legalizar todas las drogas puede ser importante para resolver el problema y algo más de la mitad considera que la legalización del cannabis, es una acción a valorar.

Estos datos nos ayudan a comprender la finalidad de las medidas preventivas y el porqué de las mismas. Hasta ahora hemos hablado de la prevención a nivel estatal, que establece las directrices generales para afrontar la problemática del consumo de drogas. Por tanto, para finalizar este recorrido, debemos conocer cómo se concreta en nuestra comunidad autónoma y en la ciudad de Huesca. Para ello vamos a analizar el II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas de Aragón 2010-2016 y el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017 del Ayuntamiento de Huesca.

10. II PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS DE ARAGÓN 2010-2016.

Este plan se encuentra inmerso en la Ley 3/2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, que se encarga de abordar tanto el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas como las patologías adictivas (adicción a las pantallas, la ludopatía, las relaciones eróticas de riesgo, etc.). Aunque estas conductas adictivas sean de diferente naturaleza que las relacionadas con el consumo y tengan consecuencias diferentes en los individuos, la prevención y el tratamiento lo pueden realizar los mismos profesionales, de ahí que estén incluidas en el plan.

Este plan tiene una vigencia del periodo 2010 al 2016 coincidiendo con la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Conserva los ámbitos de actuación del Plan Autonómico de Aragón 2005-2008 y fija una serie de objetivos y líneas de actuación para dicho periodo.

En cuanto a las áreas de actuación, encontramos las siguientes: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Nosotros nos vamos a centrar en el área de prevención, haciendo más hincapié en lo que respecta al entorno escolar, que es nuestro ámbito de análisis,

Antes de estudiar el enfoque preventivo de este plan, es conveniente analizar la situación social de la comunidad autónoma de Aragón, ya que ofrece información sobre los distintos consumos y adicciones, permitiendo adaptar las actuaciones del plan a la realidad actual. Una de las fuentes de información que se ha utilizado para analizar la situación social y que hemos comentado anteriormente, ha sido la Encuesta sobre Drogas en Población Escolar (ESTUDES), realizada a estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Aragón.

De forma breve conviene destacar y recordar algunos datos y observaciones extraídos de la encuesta ESTUDES en relación al consumo de sustancias en Aragón: el alcohol es la sustancia más consumida (un 84,8% la ha consumido alguna vez en la vida) mientras que la segunda sustancia más consumida es el tabaco (un 53,1 % la ha consumido alguna vez). En lo que respecta a las drogas ilegales, el cánnabis es la más consumida (un 29,5 % la ha consumido en los últimos 30 días previos a la realización de la encuesta), mientras que la cocaína es una de las menos consumidas, junto con la heroína, siendo su consumo alto en relación al resto de España. Finalmente cabe destacar que los jóvenes de Aragón se consideran suficientemente informados en relación al consumo de drogas, sus efectos y problemas asociados, siendo las principales vías de información las madres, padres, profesores y medios de comunicación.

Se observa un elevado consumo de las drogas legales en nuestra comunidad, a pesar de afirmar los jóvenes que están bien informados y conocen sus efectos perjudiciales. La prevención en nuestra comunidad se debe centrar fundamentalmente en la prevención del consumo de drogas legales, ya que como hemos comentado en más de una ocasión, favorecen el consumo de las drogas ilegales.

Comentados estos aspectos, vamos a analizar la prevención en dicho plan. En primer lugar debemos examinar las actuaciones de prevención en los 5 ámbitos que detalla: ámbito escolar, ámbito comunitario, ámbito laboral, ámbito sanitario y ámbito de protección y control de la oferta.

-*Ámbito escolar*: la prevención en este campo se va a centrar en potenciar la salud de los jóvenes a través del desarrollo de actitudes, valores y habilidades sociales (recursos

personales de protección), es decir, desarrollar una serie de habilidades para la vida con el fin de actuar como factores de protección frente al consumo de sustancias. Así mismo se seguirán los programas preventivos escolares incluidos en la estrategia de Red de Escuelas Promotoras de Salud, integrando estos programas en el Proyecto Educativo de Centro y Curricular, contando con la participación de todos los miembros de la comunidad educativa, a los cuales se formará en prevención de drogodependencias y conductas adictivas. También cabe destacar que se identificará e intervendrá sobre los grupos de jóvenes más vulnerables, los cuales poseen mayores factores de riesgo y por tanto más probabilidades de iniciarse en el consumo.

En síntesis la prevención a nivel educativo se va a realizar a través de los programas de Educación Para la Salud incluidos en el Proyecto Educativo de Centro, que fomentarán el desarrollo de una serie de habilidades, actitudes y valores de protección frente al consumo de sustancias, y se priorizará en los grupos que se detecten como más vulnerables. Además como en cualquier ámbito, será necesaria la cooperación y participación de todos los miembros que forman parte de él, ofreciéndoles formación en prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.

-Ámbito comunitario: la prevención comunitaria se va a centrar en los principales lugares de socialización de las personas, siendo éstos los espacios de ocio y tiempo libre. La actuación preventiva se basará en la promoción y educación de la salud, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y potenciando la participación ciudadana.

-Ámbito laboral: es necesaria la prevención en este espacio debido a que constituye un importante medio de estructuración social, espacial y temporal de los jóvenes y adultos. La existencia de trabajadores consumidores puede dar lugar a lesiones por accidente, disminuir la productividad, alterar el clima laboral y las relaciones laborales, etc.

-Ámbito sanitario: desde este espacio la prevención se va a centrar en la detección precoz, la educación sanitaria y la intervención sobre los factores de riesgo. Así mismo se reducirán los daños ocasionados por el consumo de diferentes sustancias y adicciones.

-Protección y control de la oferta: en cuanto a las acciones de prevención en este espacio, en lo que respecta a las drogas legales, se centrarán en regular la publicidad, promoción, venta y su consumo, mientras que en el caso de las drogas ilegales, las acciones se basarán en el abordaje policial y judicial.

Consideramos que se debería incluir el ámbito familiar entre los ámbitos de prevención, ya que junto el entorno escolar y comunitario, es uno de los principales espacios de socialización de las personas. Es de vital importancia formar a las familias para fomentar en sus hijos actitudes y habilidades que permitan rechazar el consumo de sustancias e iniciarse en las mismas, así como orientarles en cómo deben gestionar posibles conductas adictivas de sus hijos, ya sea asociadas al consumo de sustancias o a otras como la adicción a las pantallas. Aunque sí es cierto que se incluye la participación familiar en las acciones preventivas escolares, debería de tener un ámbito propio y específico de prevención.

Además de estos ámbitos, en dicho plan se establecen 4 niveles de prevención: prevención universal (fomenta los factores de protección, actitudes y hábitos saludables para retrasar la edad de inicio de consumo), prevención selectiva (reduce los factores de riesgo y potencia factores de protección en los grupos vulnerables), prevención indicada (reduce los factores de riesgo y el propio riesgo del consumo en personas muy vulnerables para evitar conductas adictivas) y prevención determinada (reduce los riesgos y disminuye los daños en personas drogodependientes).

Por último en lo que respecta al área de prevención, cabe destacar los recursos de prevención con los que cuenta la comunidad autónoma de Aragón:

-Administración Local: los Centros de Prevención Comunitaria son recursos que tienen por finalidad reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas, los problemas asociados a ellas y fomentar hábitos saludables. Los Centros de Prevención Comunitaria tienen los siguientes servicios específicos: servicio de información, orientación y asesoramiento, servicio de prevención selectiva, servicio de prevención en el ámbito educativo, servicio de prevención familiar, servicio de prevención comunitaria, servicio de prevención en el medio laboral, servicio de incorporación social y servicio de prevención en políticas locales.

En los que se refiere al ámbito educativo, colaboran en la puesta en práctica de programas escolares de prevención, con apoyo formativo y acompañamiento de las acciones.

-Administración Regional: El Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es el órgano que se encarga de elaborar, seguir y evaluar los programas de prevención de drogodependencias. Por otro lado la Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón se encarga de diseñar, coordinar, seguir y evaluar las acciones que fomentan la salud para prevenir las drogodependencias en el ámbito escolar.

En este sentido encontramos los siguientes recursos educativos:

-Programas Escolares de Educación Para la Salud: son programas escolares de Educación Para la Salud que se llevan a cabo en las escuelas de Aragón para prevenir el consumo de drogas. Existen 4 programas:

- *Órdago:* se inició en el curso escolar 2004-2005 en los Centros de Educación Secundaria y tiene por objeto como se comentó en el apartado los modelos y teorías del consumo de drogas, dotar al alumnado de una serie de actitudes, valores y habilidades para enfrentarse a la problemática del consumo de drogas y otras conductas adictivas.
- *Cine y Salud:* se puso en marcha en el curso 2001-2002 y se dirige al alumnado de Educación Secundaria con la finalidad de promocionar la salud y la prevención de los problemas de salud desde el cine.
- *La Aventura de la Vida:* se inició en el curso 2005-2006 y se dirige al alumnado de segundo y tercer ciclo de Educación Primaria, teniendo por finalidad que adquieran una serie de habilidades para la vida, estilos de vida saludables y educación en valores.
- *Pantallas sanas:* se realiza en la comunidad educativa para tratar el fenómeno de las pantallas y las nuevas tecnologías desde la perspectiva de la promoción de la salud.

-Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud: integra todos los centros educativos aragoneses acreditados como escuelas promotoras de salud, es decir,

aquellos centros que tengan entre sus finalidades la promoción de la salud y modos de vida saludables.

-Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS): su objetivo es facilitar la extensión de la promoción y educación para la salud en la comunidad autónoma de Aragón.

11. PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS ADICCIONES 2011-2017. CENTRO DE PREVENCIÓN COMUNITARIA DE LA F.M.S.S. AYUNTAMIENTO DE HUESCA.

En 1986 se crea en Huesca el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca, cuyos objetivos principales son la prevención y asistencia en diferentes ámbitos (educativo, familiar, laboral, comunitario...). Este Plan Municipal está basado en las líneas de actuación y principios fundamentales de la Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020, el Plan Nacional sobre Drogas 2013-2016 y el Plan Autonómico de Aragón 2010-2016. Así mismo aúna las líneas de actuación de los programas llevados a cabo en el ámbito local y movimientos sociales, con el fin de proporcionarles diversos recursos y estrategias para afrontar la problemática del consumo de drogas.

Este plan prioriza las acciones de prevención, detección precoz, reducción de daños, promoción y protección de la salud, y asistencia a los colectivos y sectores de población más vulnerables, con el objetivo fundamental de mejorar el nivel de salud de los ciudadanos.

En lo que respecta a la prevalencia y patrones de consumo de la ciudad de Huesca, se corresponden a los datos que muestra la encuesta ESTUDES sobre la comunidad autónoma de Aragón, ya que una parte de la muestra corresponde a Huesca. Por esta razón no los vamos a volver a mencionar, pero sí debemos destacar que la ciudad de Huesca constituye un factor de riesgo frente al consumo de drogas debido a que al ser una ciudad pequeña con bajo índice de inseguridad asociado, las familias no perciben el riesgo, y los niños de 12 y 13 años suelen salir solos en pandilla, pudiendo interaccionar con otros grupos más mayores (14-15 años) ya iniciados en el consumo y experimentar con ellos.

Contextualizado dicho plan, vamos a pasar a analizar la prevención que se lleva a cabo en la ciudad de Huesca. Al igual que los planes y estrategias que hemos ido comentando a lo largo de este recorrido, se contemplan en él acciones de prevención en diferentes ámbitos. Vamos a analizar cada uno de ellos, profundizando en el ámbito escolar:

- *Ámbito educativo*: se concibe la escuela como el espacio ideal para adquirir diversos valores, destrezas, habilidades y saberes que permitan desarrollar estilos de vida saludables, fomentando la autonomía personal y el rechazo hacia el consumo de drogas y otras conductas de riesgo para la salud. En este plan a diferencia de los que hemos comentado anteriormente, se explicitan de forma muy concreta una serie de razones que justifican la prevención desde la escuela:

- Es uno de los espacios principales de socialización de las personas.
- La intervención de la figura adulta en estas fases de maduración de los alumnos tienen gran repercusión.
- El alumnado a lo largo de su escolaridad experimenta diversos cambios y situaciones difíciles que les exponen a gran variedad de riesgos.
- La escolaridad obligatoria (6-16 años) engloba el periodo más importante de la formación de la personalidad de las personas.
- Constituye un entorno ideal para la detección precoz de posibles factores de riesgo.
- El profesorado debe ser un agente preventivo debido a su proximidad con los alumnos y a su función como modelo y educador.

En cuanto a los objetivos que se pretenden desarrollar, cabe destacar los siguientes:

- *En relación al centro docente*: aumentar el uso de la prevención de consumo de drogas y otras adicciones en el Proyecto Educativo de Centro y en el plan de acción tutorial.

- *En relación al equipo docente*: formar al equipo docente en el tema de prevención de drogas para que puedan aplicar los programas con su alumnado.

- *En relación al alumnado*: fortalecer la Educación Para la Salud en el Proyecto Curricular a través de la participación del alumnado en el proceso educativo,

fomentando el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.

Las acciones preventivas que se llevarán a cabo con el alumnado de Educación Primaria irán destinadas a fomentar conocimientos y habilidades para adquirir decisiones responsables en lo que se refiere a su salud personal y den lugar al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno. En cuanto al alumnado de Educación Secundaria, Formación Profesional y Programas de Cualificación Profesional y Universidad, se informará y formará en actitudes, valores y habilidades para gestionar de forma eficaz las situaciones de oferta de drogas.

En síntesis, las acciones preventivas irán destinadas a desarrollar hábitos saludables y diversas habilidades y capacidades para prevenir el consumo de drogas legales e ilegales.

Los programas que se llevan a cabo en la ciudad de Huesca en el ámbito educativo son: *La aventura de la vida*, *Alcohol y tabaco 6º de Primaria*, *Órdago*, *Retomemos y Drojnet2*.

- *Ámbito comunitario*: la prevención comunitaria se lleva a cabo en el entorno familiar, ocio y tiempo libre y ámbito laboral, es decir, en los principales espacios de socialización de las personas dentro de la comunidad.

A nivel general, la prevención comunitaria tiene por objeto informar a la población a través de diferentes instituciones, consejos, entidades y asociaciones sobre las problemática del consumo de drogas y la adicción a las nuevas tecnologías, favorecer la reducción de la oferta y el control del tráfico de drogas, velar por el cumplimiento de la normativa a nivel autonómico y municipal sobre la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco, y sensibilizar a la comunidad sobre la necesidad de que la ciudadanía debe participar e implicarse en la prevención de drogas y otras adicciones.

Los programas de prevención comunitaria que se aplicarán a nivel general son: *Programa Conoce Tus Límites* y *Programa “I” Infórmate*.

La prevención comunitaria en el entorno familiar se va a centrar en potenciar habilidades educativas y de comunicación entre los miembros de la familia, aumentando

el nivel de competencia de los padres o tutores legales para la resolución de problemas y educación para la salud de sus hijos. Cabe destacar que la prevención familiar como he señalado a lo largo de este recorrido, debe estar coordinada con la prevención escolar, ya que la familia debe participar e implicarse en el proceso educativo de sus hijos, estableciéndose entre ambos contextos unas bases y principios comunes de prevención, ya que son los principales espacios de socialización y prevención en drogodependencias.

El programa de prevención familiar “*Inter*” es el que se lleva a cabo en la ciudad de Huesca.

En lo que respecta a la prevención comunitaria en el ocio y tiempo libre, se centrará principalmente en promocionar la salud de los jóvenes a través de una educación para el ocio alternativo al modelo consumista, es decir, informarles y orientarles sobre la práctica de nuevas alternativas de ocio, las cuales deben ser atractivas y deben generar hábitos de vida saludables como factores de protección frente al consumo de drogas. Así mismo se sensibilizará e informará a los jóvenes de los problemas asociados al consumo de drogas legales e ilegales desde los medios de comunicación social, redes sociales, asociaciones, entidades, clubes deportivos, etc. Es decir, se llevará a cabo una actuación conjunta en Educación Para la Salud a través de las principales actividades de ocio y tiempo libre de los jóvenes.

Los programas de prevención comunitaria de ocio y tiempo libre que se llevan a cabo en la ciudad de Huesca son: *Z51, Zona Abierta y Educación de Calle*.

Finalmente en lo que respecta a la prevención comunitaria en el mundo laboral, se debe destacar que se orientará fundamentalmente a sensibilizar e informar a los trabajadores del riesgo del consumo de drogas, favorecer la formación y orientación laboral en prevención de riesgos laborales y se tratará a los trabajadores con problemas de adicción.

El programa de prevención comunitario que se lleva a cabo en el mundo laboral es “*Dispensación Responsable de Alcohol DRA*”.

Finalmente en lo que respecta a la prevención, debemos mencionar los recursos con los que cuenta la ciudad de Huesca en coordinación con el Centro de Prevención

Comunitario (CPC): Servicio de Asesoramiento y Recursos en Educación Para la Salud (SARES), Centro de Profesores y Recursos en Huesca (CPR), Centros Educativos de Primaria y Secundaria, públicos y concertados, Asociaciones de Madres y Padres de los Centros Educativos de Primaria y Secundaria de Huesca públicos y concertados, y Departamentos del Ayuntamiento de Huesca propios del Ayuntamiento (Juventud, Cultura y Fiestas, Policía Local, Patronato Municipal de Deportes).

Así mismo cabe destacar que este plan se lleva a cabo junto a otros planes: Plan Municipal de Prevención del Consumo de Alcohol, Plan Municipal de Inmigración, Plan Municipal de Juventud y Plan de Igualdad y Género.

En síntesis podemos concluir que la prevención de drogodependencias en la ciudad de Huesca se va a orientar a concienciar a la población sobre los problemas y costes personales y sociales asociados al consumo de drogas, aplicar programas preventivos en los principales espacios de socialización de los jóvenes (educativo, familiar, ocio y tiempo libre y laboral), disminuir el número de jóvenes que consumen drogas (especialmente drogas legales), retrasar la edad de inicio, velar por el cumplimiento de la normativa en lo que respecta a la promoción, publicidad y venta de alcohol y tabaco e implicar a toda la población y estructuras sociales en la prevención de drogas y otras conductas adictivas.

Hemos realizado un recorrido histórico de la prevención en los principales planes y estrategias de España, Aragón y Huesca, profundizando en el ámbito educativo, dado que es uno de los principales espacios de socialización en el que se producen los mayores cambios madurativos y evolutivos, constituyéndose por tanto como el contexto de riesgo fundamental para iniciarse en el consumo de sustancias. Por ello es necesario para finalizar este recorrido, desarrollar cómo los docentes deben llevar a cabo la prevención y cómo se integra ésta en la escuela.

12. LA TAREA DOCENTE Y EL CURRÍCULO EN LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS.

La prevención del consumo de drogodependencias se lleva a cabo fundamentalmente en los adolescentes y jóvenes, debido a que tienen mayor riesgo de estar en contacto con situaciones de inicio de consumo de sustancias. Sin embargo, también se considera

fundamental su aplicación en edades más tempranas (Educación Primaria) a través de acciones preventivas que tienen por objeto fomentar el desarrollo de hábitos básicos de salud (salud física, mental y psíquica) y el desarrollo socio-personal.

En la etapa de Educación Primaria (6-12 años), debemos centrarnos en los estilos de vida de los niños, potenciando aquellos que constituyan factores de protección frente al consumo, es decir, estilos de vida saludables, y reduciendo y eliminando aquellos que puedan actuar como factores de riesgo y aumenten la probabilidad de consumo de drogas en el futuro, considerando poco probable el consumo de drogas en esta etapa educativa, fundamentalmente en lo que se refiere a las drogas ilegales.

En lo que respecta al desarrollo evolutivo, se producen importantes cambios en esta etapa como es la consolidación de la identidad, ya que adquieren conciencia de sus capacidades y limitaciones, y la percepción de cuál es su situación en el mundo y en el entorno social. Así mismo se producen grandes cambios cognitivos, pasando de las operaciones concretas al inicio de la etapa (pensamiento lógico) al pensamiento formal con operaciones abstractas al final de la misma. Estos cambios cognitivos son fundamentales para la adquisición de la metacognición (el conocimiento sobre el conocimiento) y por tanto para aprender a aprender. Cabe destacar también que en esta etapa desarrollarán y afianzarán la curiosidad intelectual, la necesidad de observar y controlar aspectos de la realidad, el interés por las explicaciones rigurosas, etc.

Como docentes debemos concebir la labor educativa como un fin para que los niños sean capaces de conseguir la autonomía intelectual, social y moral. Asimismo debemos potenciar una integración social positiva de los niños en la escuela, ya que la interacción y relación entre iguales potencia el desarrollo y favorece el aprendizaje. Por tanto el clima educativo del centro, de la familia y las relaciones entre sus miembros influyen considerablemente en el tipo de interacciones sociales que configuren los niños, ya que éstos pueden observar e imitar las de los adultos, actuando éstos como modelo. Por último deberemos a través de un estilo de vida saludable, hacerles comprender la dedicación y esfuerzo que conlleva el cuidado y desarrollo equilibrado del cuerpo.

La prevención en esta etapa como hemos comentado se va orientar al desarrollo de hábitos saludables y al desarrollo sociopersonal, pero ¿Por qué?

En lo que se refiere a los hábitos saludables, es decir, al cuidado y mantenimiento de la salud del cuerpo, se ha observado que la escasa valoración de salud y unos deficientes hábitos de salud física son un factor de riesgo ante el consumo de drogas, por lo que se debe empezar a trabajar desde la infancia la configuración de unos conocimientos, comportamientos y actitudes saludables, tanto desde el ambiente escolar como del familiar.

La Educación Para la Salud tiene por objeto que los niños valoren la importancia de tener una buena salud, potenciando la toma de decisiones saludables para su bienestar personal, físico, psíquico y social. El estilo de vida que deben aprender los alumnos es aquel en el cual las decisiones más saludables sean las más fáciles de elegir, y las menos saludables, las más alejadas de la realidad y en consecuencia las más difíciles de escoger.

Por otro lado, en lo que respecta al desarrollo sociopersonal, se ha constatado que las personas inseguras, inestables emocionalmente, con pobre autoconcepto, escasa autonomía y competencia para las relaciones interpersonales, tienen mayor riesgo frente al consumo de drogas. Por tanto debemos fomentar el desarrollo socio-afectivo y madurativo de la personalidad de los niños y adolescentes para que sean capaces de resolver de manera eficaz las situaciones de consumo de drogas, rechazando su consumo o controlando el mismo.

Por tanto la prevención en el ámbito escolar debe promover la educación integral mediante el desarrollo de capacidades, habilidades, valores y actitudes que permitan resolver de manera eficaz las situaciones personales y sociales de inicio de consumo de drogas.

Para dar respuesta a las demandas sociales, se ha pasado de un modelo educativo centrado en el desarrollo cognitivo y la adquisición de conocimientos, a un modelo integral que tiene en cuenta las capacidades y habilidades de las personas. Según el R.D. 1344/1991, 6 de septiembre, durante la etapa de Educación Primaria se persigue fomentar el desarrollo corporal, socio-afectivo e intelectual del niño, asentando una serie de aprendizajes básicos para afrontar con eficacia los aprendizajes de los cursos posteriores. En definitiva, en lo que respecta a las etapas de Educación Primaria y

Secundaria, se pretende que el alumno adquiriera una serie de aprendizajes que le permitan vivir, integrarse y desenvolverse en la sociedad de forma crítica y creativa.

La prevención de drogodependencias en este modelo curricular se integra a través de tres vías fundamentalmente:

- *Las áreas:* en el currículo de la Educación Primaria no aparece de forma explícita la prevención del consumo de drogas, aunque es posible llevarla a cabo desde casi todas las áreas que forman el currículo de esta etapa. Fundamentalmente se trabaja a través de los contenidos actitudinales de las diferentes áreas, y en menor grado mediante los conceptuales y procedimentales.

Las áreas desde las que se realiza la prevención son: Conocimiento del Medio, Educación Física, Lengua Castellana y Literatura, Educación Artística y Matemáticas.

En cuanto al área de Conocimiento del Medio, la prevención se centra en que los alumnos desarrollen la autonomía personal, la identificación con grupos sociales, la adquisición de hábitos saludables y capacidades de investigación, exploración y búsqueda de soluciones.

En el área de Educación Física se trabaja la prevención a través del conocimiento del propio cuerpo y de sus posibilidades, transmitiendo a los alumnos la necesidad de utilizarlo y conservarlo eficazmente, siendo muy importante para ello la higiene. También se lleva a cabo a través de las propuestas de ocio deportivas que fomentan hábitos saludables.

En el área de Lengua Castellana y Literatura a pesar de que la prevención es menos explícita, se puede trabajar a través de ella, ya que el lenguaje favorece la interrelación social, la transmisión de ideas, sentimientos y opiniones, la representación del mundo físico y social, y la regulación de la conducta propia y ajena.

La prevención también se trabaja en el área de Educación Artística, ya que los alumnos a través de ella adquieren nuevas formas de expresión, representación y comunicación que fomentan su socialización. También fomenta la adquisición de una actitud crítica y reflexiva ante el entorno visual y plástico, lo que va a permitir que los niños se integren y desenvuelvan eficazmente en una sociedad caracterizada por el gran

protagonismo de la imagen (información y comunicación, publicidad, estereotipos, etc.).

Por último en el área de Matemáticas, los alumnos comprenden procesos cada vez más complejos del mundo natural y social, lo que da lugar a que sean capaces de generalizar informaciones concretas sobre la realidad a diferentes contextos. Dependiendo de las situaciones o problemas que se analicen, la prevención se llevará a cabo de forma más específica o menos.

- *Los temas transversales*: se definen como “aspectos educativos de gran relevancia social que impregnan el currículo de las diferentes áreas. No introducen nuevos contenidos, sino que son ejes educativos alrededor de los cuales se organizan contenidos presentes en las diferentes áreas, dándoles coherencia y solidez”. (Pipes, 1997).

El tema transversal que más se relaciona con la prevención del consumo de drogas es la Educación Para la Salud. Tiene por objeto que los alumnos adquieran hábitos de vida saludables y los consideren como elementos básicos de la calidad de vida, rechazando las rutinas o comportamientos que no dan lugar al bienestar físico y mental. Debido a que en el periodo de la infancia se modelan muchas conductas relacionadas con la salud, es de vital importancia fomentar en esta etapa estilos y hábitos de vida saludables.

La Educación Para la Salud se concibe como un continuo a lo largo de todas las etapas de la escolarización obligatoria, aumentando su especificidad conforme aumenta la edad de los niños, siendo fundamental en la preadolescencia y adolescencia. Asimismo necesita de la colaboración de todas las áreas para su desarrollo, siendo necesario que esté fuertemente relacionada con el contexto escolar del centro y se establezca la colaboración de la familia en el ámbito escolar para participar en cualquier acción o actividad relacionada con la Educación Para la Salud.

Además de la Educación Para la Salud, existen otros temas transversales a través de los cuales se lleva a cabo la prevención en drogodependencias, pero de manera menos explícita y concreta: La Educación del Consumidor (fomenta la autonomía y responsabilidad personal, toma de decisiones, etc.), La Educación Moral y Cívica (favorece la adquisición de valores, actitudes y el respeto a las normas de convivencia), La Educación para la Paz (desarrollo de la confianza en uno mismo y en los demás,

resolución pacífica de conflictos, etc.), La Educación para la Igualdad de Oportunidades de Ambos Sexos (superación de estereotipos y prejuicios y rechazo de cualquier tipo de discriminación) y La Educación Ambiental (resolución de problemas ambientales como modo de mejora de la calidad de vida).

- *Orientación y tutoría*: el maestro no sólo debe instruir o enseñar, sino que también debe realizar una educación personalizada, individualizada e integradora.

En la etapa de Educación Primaria la orientación y acción tutorial se desarrolla a través de tres líneas relacionadas con la prevención en drogodependencias:

- *Enseñar a ser persona*: se persigue el desarrollo integral de la personalidad, como por ejemplo el desarrollo de la identidad personal y la autoestima, ambas muy relacionadas con el inicio o rechazo del consumo de drogas.

- *Enseñar a convivir*: se pretende fomentar el desarrollo socio-afectivo de los niños a través de la adquisición de capacidades como la cooperación, toma de decisiones, resolución de conflictos, etc.

- *Enseñar a pensar o aprender a aprender*: consiste en aprender estrategias generales de pensamiento y adquirir capacidades intelectuales básicas.

La prevención del consumo de drogas se desarrollará a través de estas líneas de actuación y deberá aparecer explícitamente en los diferentes documentos de planificación y organización del centro: Proyecto Educativo de Centro, Proyecto Curricular de Etapa, Programación General Anual y Programaciones Didácticas. Cabe destacar que en contextos con mayor riesgo de consumo de sustancias, la Educación Para la Salud y la prevención en drogodependencias, podrán establecerse en el Proyecto Educativo de Centro como líneas de actuación prioritarias.

Sabemos los ámbitos desde los que se trabaja la prevención en la escuela y los documentos en los que se recoge, pero ¿Cómo debe ser la metodología llevada a cabo por los maestros en la educación sobre drogas?

Para responder a esta cuestión, como se establece en el Currículo de Educación Primaria (Real Decreto 1344/1991), se deben organizar los contenidos a través de un planteamiento global que permita tratar la problemática del consumo de drogas desde

sus diferentes aspectos y en su totalidad. Los alumnos deberán construir los aprendizajes de forma activa, siendo el maestro un guía en el proceso para que los aprendizajes de los alumnos sean significativos. Los aprendizajes adquiridos deben ser funcionales y generalizables, es decir, que los alumnos puedan aplicar los conocimientos adquiridos en diferentes contextos, para comprobar la finalidad y utilidad de lo aprendido. Por último, el maestro deberá fomentar la socialización entre iguales, ya que es fundamental para su estructuración cognitiva y desarrollo socio-afectivo, y se llevará a cabo a través de grupos de trabajo, la resolución pacífica de conflictos, el diálogo, la ayuda mutua, etc.

En definitiva lo que se pretende conseguir con esta metodología es que los alumnos se cuestionen sus propias ideas comparándolas con los nuevos conocimientos e información, adquieran una serie de actitudes y valores personales basados en la reflexión, sean conscientes de las consecuencias de sus actos, y tomen por tanto decisiones correctas, siendo capaces de utilizar los conocimientos, habilidades y capacidades en diferentes contextos de su vida cotidiana.

Para la consecución de esta metodología es necesario seguir una serie de estrategias didácticas: utilizar con los alumnos un lenguaje claro y preciso, responder a las preguntas, aclarar dudas, formular cuestiones críticas para fomentar la reflexión, aportar datos informativos y no soluciones, implicar al alumnado en la planificación y selección de actividades, realizar actividades variadas, fomentar el trabajo cooperativo y seleccionar la forma de agrupamiento de los alumnos más adecuada en función de los contenidos, habilidades, capacidades, estrategias y actividades que se quieran desarrollar.

Por último es conveniente mencionar de forma breve algunas técnicas para trabajar la prevención en el aula:

- *Discusión de dilemas morales*: se presentan a los alumnos situaciones conflictivas para que reflexionen sobre la decisión más adecuada para su resolución y argumenten su elección.

- *Discusión dirigida*: se trata de debatir o discutir sobre un tema polémico en el que participan todos los alumnos. El profesor actuará lanzando preguntas y provocando al grupo.

- *Dramatización (Role-Playing)*: consiste en que varios alumnos representen una situación real asumiendo cada uno un rol determinado. El resto de compañeros observará, y posteriormente se realizará un debate sobre la situación representada.

- *Auto-observación y auto-registro*: consiste en recopilar datos sobre hábitos y comportamientos propios con objeto de favorecer la autonomía y reflexión personal.

- *Juegos de autoestima y afirmación*: consiste en fomentar, a través de juegos y actividades, la expresión de sentimientos sobre uno mismo y sobre los demás para desarrollar un autoconcepto positivo.

13. CONCLUSIONES.

- Los programas de prevención tienen como fines fundamentales que las personas no prueben las drogas, retrasar la edad de inicio de consumo, o evitar el uso, el abuso y la dependencia.

- Los programas de prevención se deben basar en un modelo teórico eficaz, con el que se hayan obtenido buenos resultados, y además se deben tener en cuenta para su elaboración una serie de factores de riesgo y protección.

- *La teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social* de Bandura (1986), y *la teoría del modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan* de Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992), son fundamentales para la elaboración de los programas de prevención.

- Las medidas de prevención se deben adecuar a la realidad social, de ahí la necesidad de crear nuevos planes y estrategias.

- Las sustancias más consumidas por los estudiantes de entre 14 y 18 años son el alcohol, el tabaco y el cánnabis, siendo el alcohol la más consumida y popular entre los jóvenes.

- Los consumidores de alcohol consumen más drogas ilegales que los que no consumen alcohol, ya que el 22 % de los que bebieron alcohol en el último mes consumieron alguna sustancia ilegal en el mismo periodo (frente al 2% de los que no bebieron alcohol).

- La edad media de inicio de consumo de alcohol y tabaco es muy baja, siendo inferior a los 14 años.

- La prevalencia de consumo de drogas legales es superior en mujeres que en hombres, sin embargo la prevalencia de consumo de drogas ilegales es mayor en hombres.

- La comunidad autónoma de Aragón posee la mayor proporción de fumadores (22,5%), la mayor prevalencia de borrachera alguna vez en la vida (70,9%) y *Binge Drinking* (consumo en atracón) (51,3%). Tiene también la media de inicio más baja de consumo de alcohol y tabaco.

- Cuanto mayor es la frecuencia de salidas nocturnas, mayor es el consumo de drogas, tanto legales como ilegales. Así mismo cuanto más tarde es el regreso a casa mayor cantidad de sustancias se consumen, aumentando la prevalencia de consumo de drogas ilegales.

- Los Programas Escolares de Educación Para la Salud que se llevan a cabo en las escuelas de Aragón son: *Órdago*, *La aventura de la vida*, *Cine y salud* y *Pantallas sanas*. La Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud integra todos los centros que tienen entre sus finalidades la promoción de la salud y modos de vida saludables.

- La ciudad de Huesca constituye un factor de riesgo frente al consumo de sustancias ya que es una ciudad pequeña con bajo índice de inseguridad asociado, dando lugar a que las familias no perciban el riesgo, y los niños de 12 y 13 años salgan solos en pandilla, interaccionando con otros grupos más mayores (14-15 años) ya iniciados en el consumo.

- La escolaridad obligatoria (6-16 años) engloba el periodo en el que se producen los mayores cambios evolutivos y madurativos de las personas, de ahí la importancia de la

prevención de drogodependencias en esta etapa, orientada a fomentar hábitos saludables y al desarrollo sociopersonal.

- La prevención de drogodependencias se integra en el currículo escolar a través de las áreas, los temas transversales (Educación Para la Salud) y la orientación y tutoría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2011).

Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública.

Alonso, C., Salvador, T. y Suelves, J. (2004). *Glosario sobre prevención del abuso de drogas.* Centro de estudios sobre promoción de la salud.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior.* Chicago, IL: The Dorsey Press. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Becker, M.H. y Mainan, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Madrid: Plan Nacional de Drogas.

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, edición revisada, 1, 375-402. Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales, Sección Cortes Generales. (2014). *Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas*. Madrid.
- Botvin, G. (1995). *Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos*. Psicología conductual, 3, 333-356.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I., Tejero, A. (1992). *Las conductas de automedicación en drogodependencias*. En Casas, M. (coord.). *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. del Ayuntamiento de Huesca. (2010). *Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017*.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). *Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección*. Acciones e investigaciones sociales, 26, 161-187.
- España. Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria. *Boletín Oficial del Estado*, 13 de septiembre de 1991, núm. 220, pp. 30226-30228.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Infante, C., Barrio, G. y Martín, E. (2003). *Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España*. Adicciones, 15, 77-96.

- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 345-377. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40. En

- Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Megías, E. et al. (1997). Pipes. Madrid: FAD.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Plan Nacional Sobre Drogas*. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- En: Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2013). *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- ¡Órdago! *Afrontar el desafío de las drogas*. (2015). Consultado el 15 de febrero de 2015. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orte, C. (1993). *Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas*. Proyecto, 7, 73-84.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (1999). *Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2012). *Plan de Acción Sobre Drogas 2013-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Prevención basada en la evidencia*. (2015). Consultado el 15 de febrero de 2015. Recuperado de: <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha012>
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). *El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I)*. Revista Española de Drogodependencias, 16, 201- 215.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). *El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II)*. Revista Española de Drogodependencias, 17, 253-268.

- Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. M. Phil. Thesis, University of London. En Becoña, E. et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidroalcohol.
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Torres, M. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Werch, C.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.